
DIVERSITÉ DE GENRE

OPTIMISATION DE L'OFFRE DE SOINS ET DE SERVICES POUR LES PERSONNES TRANS ET NON BINAIRES AU CIUSSS DE L'ESTRIE – CHUS (VOLET 2)

AVIS D'ÉVALUATION

rédigé par
Sara Delisle, Edith Paré-Roy

sous la direction scientifique de
Pierre Dagenais

©UETMISSS

Unité d'évaluation des technologies et des modes
d'intervention en santé et en services sociaux, 2023

**Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de l'Estrie – Centre
hospitalier universitaire
de Sherbrooke**

Québec 



DIVERSITÉ DE GENRE

OPTIMISATION DE L'OFFRE DE SOINS ET DE SERVICES POUR LES PERSONNES TRANS ET NON BINAIRES AU CIUSSS DE L'ESTRIE – CHUS (VOLET 2)

AVIS D'ÉVALUATION

rédigé par
Sara Delisle, Edith Paré-Roy

en collaboration avec
Maria Benkhalti, Geneviève Guindon

sous la direction scientifique de
Dr Pierre Dagenais

© UETMISSS, CENTRE INTÉGRÉ UNIVERSITAIRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE L'ESTRIE –
CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE SHERBROOKE (CIUSSS DE L'ESTRIE – CHUS),
DIRECTION DE LA COORDINATION DE LA MISSION UNIVERSITAIRE (DCMU)

JUIN 2023

CET AVIS EN UNE PAGE

Devant le besoin important d'optimisation de l'offre de soins et de services pour les usager·ères trans et non binaires (adultes et mineures), la Présidente-directrice générale adjointe a mandaté l'Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et en services sociaux (UETMISSS) afin de réaliser des travaux sur le sujet, incluant un état des connaissances portant sur la culture organisationnelle s'inscrivant dans une politique d'équité, de diversité et d'inclusion (EDI) [volet 1].

Le présent rapport, basé sur une revue systématique de la littérature ainsi que sur plusieurs consultations afin de recueillir les opinions et les savoirs expérientiels auprès de plusieurs parties prenantes au dossier, présente une évaluation complète incluant des recommandations. Ces dernières visent à améliorer l'expérience patient ainsi que la qualité des soins offerts aux usager·ères trans et non binaires pour les soins généraux et les soins transaffirmatifs, en termes d'accessibilité, de réduction des délais d'attente et de compétences techniques des professionnel·les devant réaliser les soins et les services pour cette clientèle.

Voici un résumé synthétique des 13 recommandations principales :

- 1- Créer une norme ou une directive au CIUSSS de l'Estrie – CHUS pour que toute nouvelle construction ou rénovation d'installations existantes prévoie des espaces non genrés.
- 2- S'assurer que l'affichage dans les installations représente la diversité de genre.
- 3- Adapter les formulaires, les documents d'identification et les questionnaires afin qu'ils reflètent la diversité d'identités de genre des employé·es et des usager·ères.
- 4- Fournir une formation de sensibilisation obligatoire à l'ensemble des membres de la communauté du CIUSSS de l'Estrie – CHUS.
- 5- Chacun des milieux de soins et de services devrait évaluer ses besoins de formations selon sa clientèle et ses besoins spécifiques.
- 6- Faire l'évaluation en continu de l'offre de formations et des outils d'apprentissage proposés.
- 7- Créer un centre de référence où différentes intervenantes auront l'expertise pour guider la trajectoire de soins et de services des usager·ères trans et non binaires et de leur famille ou de leurs proches et offrir différents types d'accompagnement aux membres de la communauté interne (accueil, sensibilisation et soins, entre autres).
- 8- Nommer des champion·nes qui pourront agir comme informateur·trices, consulter le centre de référence pour de l'accompagnement ou de l'information, ainsi que prodiguer les soins et les services nécessaires aux usager·ères trans et non binaires au sein de différents milieux de soins et de services répartis dans l'ensemble des réseaux locaux de services.
- 9- Créer une communauté de pratique qui devra être soutenue par une entité bien identifiée.
- 10- S'assurer d'offrir des services pour soutenir les familles ou les proches des usager·ères trans et non binaires, dans une approche transaffirmative.
- 11- La création d'une clinique spécialisée n'est pas recommandée.
- 12- Former les professionnel·les de première ligne afin qu'ils·elles puissent prendre en charge, de manière sécuritaire, l'hormonothérapie des usager·ères trans et non binaires adultes.
- 13- Examiner précisément les enjeux en lien avec les soins et les services gravitant autour des chirurgies d'affirmation du genre pour les usager·ères trans et non binaires au CIUSSS de l'Estrie – CHUS au sein de la communauté de pratique.

AVERTISSEMENT

L'emploi de l'écriture épïcène

Ce rapport sommaire emploiera l'écriture épïcène en utilisant sciemment le point médian ou le point milieu. Nous sommes conscientes que l'Office québécois de la langue française ne recommande pas actuellement l'utilisation de celui-ci et que cette manière de procéder n'est donc pas valorisée au sein du CIUSSS de l'Estrie – CHUS (1). Toutefois, ce présent rapport sommaire traite spécifiquement de certains enjeux liés aux soins et aux services offerts aux usager·ères trans¹ et non binares, dont un étant l'ouverture vers une plus grande sensibilisation en lien avec les différents vécus de ces personnes. Par conséquent, nous souhaitons demeurer cohérentes avec ce souci de sensibilisation, puisque les différentes communautés ainsi que les chercheur·ses dans le domaine utilisent et préfèrent le point médian pour plusieurs raisons.

Plus explicitement, selon la Coalition d'aide à la diversité sexuelle de l'Abitibi-Témiscamingue² (version simplifiée)(4) :

1. Le caractère du point milieu n'est pas utilisé en français, donc sa seule signification est celle de l'écriture inclusive.
2. L'usage de la parenthèse indique un propos secondaire (quelque chose en plus et optionnel). La parenthèse n'est, de ce fait, pas appropriée à l'usage de l'écriture inclusive puisque, justement, le but est de réhabiliter le féminin.
3. La barre oblique « / », qui indique une division, nuit à l'objectif d'égalité recherché.
4. Le tiret « - » permet d'introduire un dialogue ou un commentaire secondaire, ce qui dessert l'objectif.

¹ Nous préférons le terme « trans » à celui de « transgenre » dans cet avis d'évaluation puisqu'il est employé de manière préférentielle pour désigner un état d'incongruité de l'identité de genre avec le genre assigné à la naissance. Il s'agit d'un terme générique pour les personnes qui ne sont pas cisgenres (ou cis), comprenant les personnes qui s'identifient comme non binares ainsi que les personnes transmasculines et transféminines ou toute autre appellation comme aggenre et fluide (2,3).

² Coalition d'aide à la diversité sexuelle de l'Abitibi-Témiscamingue, 56 avenue Principale, Local 200, Rouyn-Noranda : <https://coalitionat.qc.ca/>

LA MISSION

Soutenir la prise de décision des gestionnaires par diverses approches évaluatives, des technologies, modes d'interventions et programmes, en santé, santé publique et services sociaux et l'évaluation des interventions afin d'améliorer la santé et le bien-être de la population estrienne. L'UETMISSS fonde ses travaux sur l'évaluation rigoureuse des données scientifiques, contextuelles et des savoirs expérientiels, ces derniers provenant des usager·ères, leurs proches, la population et l'ensemble de la communauté du CIUSSS de l'Estrie – CHUS*.

* Intervenantes, professionnelles et gestionnaires

UNITÉ D'ÉVALUATION DES TECHNOLOGIES ET DES MODES D'INTERVENTION EN SANTÉ ET EN SERVICES SOCIAUX, CIUSSS DE L'ESTRIE – CHUS

Maria Benkhalti, Ph. D.

Conseillère en évaluation à l'UETMISSS

Cyrille Gérard Diffo, MD., M. Sc.

Conseiller en évaluation à l'UETMISSS

Sara Delisle, Ph. D.

Conseillère en évaluation à l'UETMISSS

Marie-Pier Bouchard, M. Sc.

Conseillère en évaluation à l'UETMISSS

Edith Paré-Roy

Personne consultante en évaluation à l'UETMISSS

Pierre Dagenais, M. D., Ph. D.

Directeur scientifique à l'UETMISSS

Marie-Belle Poirier, Ph. D.

Chef de service - Mobilisation des connaissances

Julien Desautels, ps.éd., Ph.D.

Chef de service - Mobilisation des connaissances

Sonia Ouellet

Agente administrative cl. 1

© UETMISSS, CIUSSS de l'Estrie – CHUS

Pour tout renseignement sur ce document ou sur les activités de l'UETMISSS, CIUSSS de l'Estrie – CHUS, s'adresser à :

Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et en services sociaux
Centre intégré universitaire de santé et services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de
Sherbrooke – Hôpital et centre d'hébergement d'Youville
1036, rue Belvédère Sud
Sherbrooke (Québec) J1H 4C4
Téléphone : (819) 780-2220, poste 16648
Courriel : UETMISSS.ciussse-chus@ssss.gouv.qc.ca

Pour citer ce document : Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et en services sociaux (UETMISSS) du CIUSSS de l'Estrie – CHUS, Diversité de genre, Optimisation de l'offre de soins et de services pour les personnes trans et non binaires au CIUSSS de l'Estrie – CHUS (volet 2), Avis d'évaluation, préparé par Sara Delisle, Edith Paré-Roy, Maria Benkhalti, Geneviève Guindon, Pierre Dagenais (UETMISSS), CIUSSS de l'Estrie – CHUS, juin 2023, Sherbrooke, Québec (Canada), 164 p.

La reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée.

ÉQUIPE DE PROJET

RÉDACTION

Sara Delisle	Conseillère en évaluation à l'Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et en services sociaux (UETMISSS), Direction de la coordination de la mission universitaire (DCMU), CIUSSS de l'Estrie – CHUS
Edith Paré-Roy	Personne consultante pour l'UETMISSS, personne étudiante à la maîtrise en sexologie, concentration recherche et intervention, Université du Québec à Montréal (UQAM)

CONTRIBUTION AU PROJET

Maria Benkhalti	Conseillère en évaluation à l'UETMISSS, DCMU, CIUSSS de l'Estrie – CHUS
Geneviève Guindon	Courtière de connaissances au STCPP, DCMU, CIUSSS de l'Estrie – CHUS
Marie-Pier Bouchard	Conseillère en évaluation à l'UETMISSS, DCMU, CIUSSS de l'Estrie – CHUS
Marie-Belle Poirier	Chef de service - Mobilisation des connaissances, DCMU, CIUSSS de l'Estrie – CHUS
Marie-Natacha Marquet	Stagiaire à l'UETMISSS, DCMU, CIUSSS de l'Estrie – CHUS
Mathieu Roy	Conseiller scientifique spécialisé en qualité, Institut national de santé publique du Québec (INSPQ)
Dre Lou-Ann Morin	Psychologue autonome
Julien Desautels	Chef de service - Mobilisation des connaissances, DCMU, CIUSSS de l'Estrie – CHUS

COMITÉ DE FORMULATION DES RECOMMANDATIONS

Mélanie Anctil	Coordination des cliniques externes de pédopsychiatrie et agente de planification, de programmation et de recherche (APPR), CIUSSS de l'Estrie – CHUS
Jean-Patrice Baillargeon	Endocrinologue et chercheur, CIUSSS de l'Estrie – CHUS et Université de Sherbrooke (UdeS)
Danièle Caron	Usagère
Kyle Doucette	Usager
Chloé Girard	Psychoéducatrice, Direction du soutien à domicile et des services spécialisés en gériatrie, en déficience et en trouble du spectre de l'autisme (DSAG- SSG- DTSA), CIUSSS de l'Estrie – CHUS
Geneviève Lalonde	Sexologue, Direction de santé publique (DSPublique), CIUSSS de l'Estrie – CHUS
Dre Marie-Christine Légaré	Pédopsychiatre, CIUSSS de l'Estrie - CHUS

Catherine Lévesque-Lepage	Adjointe à la direction, Direction du programme jeunesse (DPJe), CIUSSS de l'Estrie – CHUS
Dre Annick Michaud	Psychiatre et chercheuse, CIUSSS de l'Estrie – CHUS et UdeS
Anne-Marie Poulin	Adjointe à la présidence-direction générale, Présidence-direction générale adjointe (PDGA), CIUSSS de l'Estrie – CHUS
Marc-André Raymond	Psychologue, Direction des services généraux (DSG) et Groupe de médecine de famille (GMF), CIUSSS de l'Estrie – CHUS et pratique privée
Joanie Rinfret	Médecin de famille au Groupe de médecine de famille universitaire (GMF-U) des Deux-Rives, à Sherbrooke, et au CIUSSS de l'Estrie – CHUS, Département de médecine de famille et de médecine d'urgence (DMFMU) de l'UdeS
Stéphanie Roy	Représentante, organisme communautaire IRIS Estrie
Geneviève Ste-Marie	Parent d'usager-ères et représentante, organisme communautaire TransEstrie

CORRECTION D'ÉPREUVES ET MISE EN PAGE

Sonia Ouellet	Agente administrative cl. 1, Mobilisation des connaissances, DCMU, CIUSSS de l'Estrie – CHUS
---------------	--

ORIENTATION ET RÉVISION SCIENTIFIQUE

Pierre Dagenais	Directeur scientifique à l'UETMISSS, sous la direction de la Présidence-direction générale adjointe, CIUSSS de l'Estrie – CHUS
-----------------	--

DIRECTION SCIENTIFIQUE ET APPROBATION FINALE

Pierre Dagenais	Directeur scientifique à l'UETMISSS, sous la direction de la Présidence-direction générale adjointe, CIUSSS de l'Estrie – CHUS
-----------------	--

REMERCIEMENTS

Les auteur-trice-s et l'UETMISSS tiennent à remercier toutes les personnes ayant contribué, d'une façon ou d'une autre, à la réalisation du présent rapport, particulièrement celles impliquées à la contextualisation des données scientifiques et à la formulation des recommandations qui ont accepté pour la grande majorité d'agir à titre de relecteur-trice-s de son contenu.

Les auteur-trice-s et l'UETMISSS tiennent également à souligner le travail remarquable de Marie-Belle Poirier, chef de service et collègue estimée de toutes. La relecture qu'elle a accomplie avant son décès, en février 2023, a grandement contribué à bonifier le présent rapport.

DIVULGATION DE CONFLIT D'INTÉRÊTS

Aucun conflit à signaler

FINANCEMENT

Ce projet a été financé à même le budget de fonctionnement de l'UETMISSS.

RÉSUMÉ

Contexte – La demande de soins et de services pour les personnes trans et non binaires au CIUSSS de l’Estrie – CHUS est grandissante et requiert que l’établissement adapte son offre afin de faciliter le parcours de ces personnes dans ses différents milieux de soins et de services. Dans ce contexte, la Présidente-directrice générale adjointe a mandaté l’Unité d’évaluation des technologies et des modes d’intervention en santé et en services sociaux (UETMISSS) afin de produire un état des connaissances (*Diversité de genre | changement de culture organisationnelle pour un CIUSSS de l’Estrie – CHUS inclusif* (volet 1) et une évaluation complète avec recommandations (volet 2).

Objectif – Optimiser l’offre de soins et de services offerte par l’établissement aux personnes trans et non binaires (adultes et mineures).

Méthodologie – Le processus menant à l’élaboration des recommandations comprenait une recension de la littérature scientifique indexée et grise sur l’organisation des soins et des services de santé pour les personnes trans et non binaires, en lien avec la transition et leur parcours de soins en général. De manière complémentaire, une collecte de données contextuelles a été effectuée afin de recenser et de comprendre les situations et les enjeux vécus sur le territoire de l’établissement par rapport à l’organisation des soins et des services. Les stratégies méthodologiques de collecte d’informations préconisées ont été les groupes de discussion et les entretiens semi-dirigés à questions ouvertes. Une analyse thématique a été complétée afin d’identifier les éléments d’importance émergeant du milieu. Les thèmes liés aux modifications des lieux physiques, aux formulaires administratifs et aux formations de sensibilisation, qui avaient été le sujet du volet 1, ont également alimenté ces travaux.

Résultats – Les thèmes principaux qui ont émergé des analyses sont : 1) les lieux physiques inclusifs, 2) l’adaptation des formulaires administratifs, 3) les formations de sensibilisation et plus spécialisées (par exemple, médicales), 4) les trajectoires de soins et de services (incluant la création d’un centre de référence et la nomination de champion·nes, les partenariats multidisciplinaires et les cliniques spécialisées), 5) le soutien des usager·ères trans et non binaires et de leur famille ou de leurs proches, 6) les soins transaffirmatifs (par exemple, l’hormonothérapie).

En ce qui concerne l’aspect des lieux physiques inclusifs, la nécessité d’établir des normes ou des orientations claires est ressortie fortement. Ces dernières permettraient d’appliquer les bases ainsi qu’un fonctionnement plus systématique lors de la rédaction d’ententes de rénovation ou de construction au sein de l’établissement. Pour les installations existantes, il a été proposé que chacun des milieux de soins et de services devrait procéder à l’évaluation des lieux physiques et identifier des éléments qui pourraient être déployés afin de s’assurer qu’ils sont inclusifs.

Par ailleurs, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) procédera à l’élaboration de directives et de normes concernant les marqueurs de genre dans les formulaires, auxquelles l’établissement devra s’arrimer pour l’uniformisation des formulaires administratifs.

Pour les formations de sensibilisation, les résultats de la recension des écrits soulignent que les médecins de première ligne devraient être formé·es pour être en mesure de prendre en charge les traitements hormonaux des usager·ères trans et non binaires plutôt que de les référer à des spécialistes de deuxième ligne. Les données contextuelles révèlent des divergences de point de vue à ce sujet.

Malgré tout, la nécessité de mieux former les professionnelles de première ligne afin qu'elles puissent prendre en charge de manière sécuritaire la prescription de l'hormonothérapie et le suivi pour les personnes trans et non binaires ressort également dans les résultats des données contextuelles. D'ailleurs, sur cet aspect spécifique, la recension des écrits a permis de constater que le rôle des professionnelles de première ligne varie d'un pays et d'une région à l'autre en matière de soins transaffirmatifs. Un consensus émerge suite aux analyses : l'accès à l'hormonothérapie devrait être facilité pour permettre une transition médicale plus accessible et rapide, et simplifier le parcours au sein du système de santé.

En ce sens, les données recueillies pour le volet 1 et celles recueillies lors de ces travaux étaient unanimes sur le besoin de former l'ensemble des membres de la communauté interne du CIUSSS de l'Estrie – CHUS. De plus, la mise en place d'une formation obligatoire est recommandée. Quant aux formations plus spécifiques (par exemple, médicales), les résultats obtenus confirmaient le besoin de former les professionnelles de la santé (incluant les médecins) de première ligne afin qu'elles puissent avoir une meilleure capacité de prise en charge des usager·ères trans et non binaires. Toutefois, la nécessité de vérifier les besoins de formations spécifiques des professionnelles de la santé du CIUSSS de l'Estrie – CHUS, incluant la première et la deuxième ligne, en ce qui concerne les soins transaffirmatifs, émergeait des données contextuelles.

Le thème des trajectoires de soins et de services a également été étudié. Trois principaux sous-thèmes ont émergé : la création d'un centre de référence, la nomination de champion·nes et les partenariats multidisciplinaires.

Les résultats de la recension des écrits soulignaient que plusieurs professionnelles de la santé, incluant les médecins de famille et les spécialistes, travaillaient de manière indépendante sans connaître le rôle des autres professionnelles. Ce constat a mené à la recommandation que le personnel soit davantage informé sur les rôles des professionnelles travaillant dans le même établissement. Ces connaissances pourraient permettre d'identifier et de faciliter le référencement et les collaborations interdisciplinaires, lorsque nécessaire. De plus, les membres de la communauté interne du CIUSSS de l'Estrie – CHUS ont également exprimé le besoin de connaître les ressources disponibles au sein de l'établissement, et les différentes professionnelles œuvrant auprès cette clientèle auraient besoin de créer des partenariats dans leur pratique. La création d'un centre de référence était une option pour laquelle la majorité des participantes à la collecte des données contextuelles s'était montrée favorable. Ces éléments sont d'autant plus importants à considérer, car les résultats des données contextuelles indiquaient clairement que les usager·ères trans et non binaires ne reçoivent pas les « bons soins et services au bon moment » de leur parcours et qu'elles ne sont pas toujours référées à la ressource la plus indiquée et utile selon leurs besoins.

Les données contextuelles ont démontré l'intérêt de nommer des champion·nes dans chacune des directions de soins et de services ainsi que dans les différents milieux, par exemple les groupes de médecins de famille (GMF), afin de faciliter le suivi et les trajectoires des usager·ères trans et non binaires au sein de l'établissement. Ces champion·nes seraient plus outillées, mais n'auraient pas automatiquement le rôle de prendre en charge des usager·ères trans et non binaires; elles pourraient avoir davantage un rôle d'accompagnatrices ou de consultantes. Néanmoins, ce thème n'a pas été abordé dans la recension des écrits.

Le thème des partenariats multidisciplinaires est ressorti fortement pour l'ensemble des données probantes. En ce sens, des initiatives devraient être mises en place afin de faciliter la collaboration entre plusieurs professionnelles ou membres de la population provenant d'horizons différents, notamment au sein de l'établissement, mais également avec les organismes communautaires impliqués, les chercheuses universitaires et les usageres trans et non binares ainsi que leur famille ou leurs proches. La mise en place d'une communauté de pratique serait une modalité qui permettrait ce réseautage, particulièrement afin de discuter des cas cliniques complexes en équipe multidisciplinaire.

Par ailleurs, les données contextuelles ont fait ressortir que le soutien des membres de la famille et des proches des usageres trans et non binares était essentiel, tant dans le parcours de soins des adultes que des personnes mineures. De plus, la collaboration avec les parents des jeunes trans et non binares pouvait être mise à profit et favoriser l'expérience positive de cette clientèle. Les participantes à certaines études ont également souligné l'importance des groupes de soutien dans leur parcours de soins. Le soutien reçu aurait atténué les effets des expériences négatives vécues lors du parcours de soins et aurait contribué à leur bien-être général.

Pour ce qui est des cliniques spécialisées, les résultats provenant de la recension des écrits démontrent que les désavantages l'emportent sur les avantages, particulièrement en ce qui concerne l'accessibilité aux soins et aux services. De plus, cette solution, quant au type d'organisation des soins et des services, n'est ressortie que faiblement dans l'analyse des données contextuelles. Ce sont les besoins de travailler en partenariat, de créer plusieurs équipes multidisciplinaires et d'être davantage concertées dans le réseau qui sont mis en lumière plus fortement.

Conclusion et recommandations – Cet avis d'évaluation complet présente 13 recommandations et 17 recommandations associées. La logique d'interprétation des recommandations propose un continuum d'actions à entreprendre afin d'optimiser les soins et les services offerts aux usageres trans et non binares par le CIUSSS de l'Estrie – CHUS. Les objectifs visés à long terme sont les suivants : une capacité accrue de prise en charge des usageres trans et non binares dans l'ensemble du réseau; l'identification de plusieurs trajectoires de soins et de services en fonction des différents besoins des usageres trans et non binares adultes et mineures; et une organisation des soins et des services qui soit efficace. En somme, l'accessibilité et la qualité des soins et des services sont visées pour l'ensemble des milieux de l'établissement répartis sur un vaste territoire.

ABSTRACT

Context – The need for trans and non-binary healthcare and services is growing at the CIUSSS de l’Estrie–CHUS. The institution must adapt its offer in order to support these people in its various healthcare centers. In that regard, the Deputy Chief of Executive (CEO) charged the institutional Health and Social Services care technology assessment unit/the Unité d’évaluation des technologies et des modes d’intervention en santé et en services sociaux (UETMISSS) to produce a state of knowledge (Diversité de genre | changement de culture organisationnelle pour un CIUSSS de l’Estrie – CHUS inclusif (part 1)) and a complete evaluation with recommendations (part 2).

Objective – Optimize the institution’s healthcare and services offered for trans and non-binary users (adults and minors).

Methodology – The process leading to recommendations included a review of scientific literature on healthcare and services organization for trans and non-binary people, related to their transition and experience of healthcare in general. Furthermore, the collection of contextual data was undertaken to identify and understand the challenges encountered within the institution concerning the organization of healthcare and services. The collection methods used for this exercise were primarily discussion groups and interviews with open-ended, semi-directed questionnaires. A theme analysis was conducted to identify the significant elements emerging from the milieu. Themes related to physical modifications of the environment, administrative forms adaptation and awareness training that had been studied in part 1 were also a source of knowledges for this work.

Results – The main themes that came out of the analysis are: 1) inclusive physical environments, 2) adapted administrative forms, 3) awareness and more specialized (medical) training, 4) healthcare and services trajectories (including creation of a reference center, champions designation, multidisciplinary partnerships, and specialized clinics), 5) the support of trans and non-binary care users and their families and friends, 6) transaffirmative care (such as hormonal therapy).

Regarding inclusive physical environments, a strong need to establish clear rules or guidelines was portrayed. These would allow to set the bases and integrate them as a formal part of the process in renovation or construction plans for the institution. For older installations, it was suggested that each healthcare and services center evaluate its physical environments and identify what could be put in place to insure that they are inclusive. The ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) will establish directives and regulations to that effect, which the institution will have to adopt, particularly for the standardization of administrative forms.

Concerning doctors’ and professionals’ awareness training, the literature review highlights that primary care physicians should be trained to take care of trans and non-binary users’ hormonal treatments rather than referring these users to secondary care specialists. The contextual data revealed a divergence of opinions on that subject. Nonetheless, the need to better train primary care professionals so they can safely take care of hormonal therapy prescriptions and the follow-ups for trans and non-binary people is also part of the review’s conclusion. On that issue, the literature review concluded that the role of primary care professionals vary from one country or region to another in regards to medical transition. A consensus appears from the analyses: the access to hormonal therapy should be simplified to allow an easier and faster medical transition, and give a better experience of the healthcare system.

As such, the recurrence of data on the theme of professional training obtained during phases 1 and 2 of the project made it clear that there was a need for competences improvement in transaffirmative care for CIUSSS de l'Estrie – CHUS community members. Consequently, we recommend that a mandatory training be instigated. When it comes to specific training (i.e. medical), the results confirmed the need to train primary healthcare professionals (including doctors), so they could better care for trans and non-binary users. However, the need to inquire about the specific training needs for CIUSSS de l'Estrie – CHUS healthcare professionals, including primary and secondary care, regarding transaffirmative care became obvious from contextual data.

The theme of healthcare and services trajectories has also been studied. Three sub-themes have surfaced, as follow: the creation of a reference center, champions designation, and multidisciplinary partnerships.

Conclusions of the literature review have highlighted that many healthcare professionals, including family doctors and specialists, are working independently and are not aware of the role of other professionals. These findings have led to the recommendation that the care staff be better informed on the role of other professionals working in the organization. That knowledge would facilitate referencing of users and interdisciplinary collaboration when necessary. Furthermore, CIUSSS de l'Estrie – CHUS community members have expressed the need to be informed about the available resources within their own organization. The various professionals dealing with these users would need to create partnerships in their practice. The organization of a reference center was an option favourably considered by most of the participants interviewed during contextual data collection. These points are even more crucial given that it has been clearly established by contextual data that trans and non-binary users did not receive the appropriate care and services timely for their transition, and are not referred to the best resource for their needs.

Contextual data has demonstrated the interest to designate champions in each healthcare and services direction as well as in different environments, such as family medicine group (FMG), to facilitate the transition and follow-ups of trans and non-binary users in the organization. These champions would be trained, but would not necessarily be responsible for the care of trans and non-binary users, rather they would be there for support and counseling to other care-givers. However, that theme was not strongly represented in the literature review.

The theme of multidisciplinary partnerships came out strongly from the collected data. As such, initiatives should be instigated in order to facilitate the collaboration between: health care professionals, members of the public with different backgrounds, especially inside of the organization, but also from outside of the institution by involving community organisations supporting trans and non-binary users, their friends and families, and university researchers. On that issue, the organization of a Community of practice for professionals and stakeholders would allow this networking, especially to discuss complex clinical cases in multidisciplinary teams.

Furthermore, contextual data demonstrated that the support of friends and family is essential to trans and non-binary users, as much for adults as it is for minors. Also, the contribution of trans and non-binary users' parents could help to provide a positive experience to these users. Participants to different surveys have also indicated the benefit of support groups to their experience within the health care system. The support would have minimized the impact of negative factors in their experience and contributed to their general well-being.

Regarding specialized clinics, the literature review indicated that the cons outweigh the pros, particularly contextual data as far as the type of healthcare organization is concerned. The strong points were the need to work in partnership, to create many multidisciplinary teams, and to promote better coordinated networked services.

Conclusions and recommendations

Our comprehensive assessment presents 13 recommendations and 17 associated recommendations. The interpretation logic of the recommendations proposed a continuum of actions to be undertaken to optimize the care and services offered to trans and non-binary users by the CIUSSS de l'Estrie – CHUS. The long-term objectives would be to offer: an increased capacity to care for trans and non-binary users throughout the institutional network; the identification of several care and services trajectories based on the variety of needs for adult and minor trans and non-binary users; and an efficient organization of care and services. In summary, the accessibility and quality of care and services should target all the institution's care settings spread over the vast area of Eastern Townships.

TABLE DES MATIÈRES

1. INTRODUCTION.....	1
1.1 CONTEXTE ET BESOINS DÉCISIONNELS.....	1
1.2 PROBLÉMATIQUE.....	2
1.3 ENJEUX DÉCISIONNELS.....	2
2. MÉTHODOLOGIE.....	3
2.1 QUESTIONS D'ÉVALUATION.....	3
2.2 MODÈLE LOGIQUE DES VOILETS 1 ET 2 DE L'ÉVALUATION DES TECHNOLOGIES ET DES MODES D'INTERVENTION (ETMI)	3
2.3 CADRE CONCEPTUEL POUR L'ÉTHIQUE	5
2.4 COMITÉ CONSULTATIF	5
2.5 RECENSION DES ÉCRITS	6
2.6 DONNÉES CONTEXTUELLES.....	7
2.7 TRIANGULATION DES DONNÉES.....	8
2.8 MÉTHODES DE FORMULATION DES RECOMMANDATIONS.....	8
2.9 VALIDATION EXTERNE.....	9
3. RÉSULTATS DE LA REVUE SYSTÉMATIQUE.....	11
3.1 RÉSULTATS DE LA RECHERCHE DOCUMENTAIRE	11
3.2 DESCRIPTION DES ARTICLES INCLUS.....	11
3.3 SYNTHÈSE ET INTERPRÉTATION DES DONNÉES PROBANTES.....	12
3.3.1 <i>Lieux physiques inclusifs</i>	13
3.3.2 <i>Trajectoires de soins et de services</i>	13
3.3.3 <i>Centre de référence</i>	15
3.3.4 <i>Partenariats</i>	16
3.3.5 <i>Cliniques spécialisées</i>	18
3.3.6 <i>Soutien</i>	21
3.3.7 <i>Contexte rural</i>	24
3.3.8 <i>Soins transaffirmatifs</i>	26
3.3.9 <i>Données extraites des Standards de soins de la WPATH (version 8)</i>	30
3.4 RÉSULTATS DES DONNÉES CONTEXTUELLES	31
3.4.1 <i>Lieux physiques inclusifs</i>	31
3.5 FORMULAIRES ADMINISTRATIFS	33
3.6 FORMATIONS.....	34
3.6.1 <i>Formations de sensibilisation</i>	34
3.6.2 <i>Formations sur l'environnement de travail</i>	35
3.6.3 <i>Formations spécifiques</i>	35
3.6.4 <i>Arrimages entre les différentes initiatives de formations</i>	36
3.7 TRAJECTOIRES DE SOINS ET DE SERVICES.....	36
3.7.1 <i>Portes d'entrée et accessibilité des soins et des services</i>	36
3.7.2 <i>Centre de référence</i>	38
3.8 PARTENARIATS.....	40
3.8.1 <i>Cliniques spécialisées</i>	42
3.9 SOUTIEN DES USAGERÈRES TRANS ET NON BINAIRES ET DE LEUR FAMILLE OU DE LEURS PROCHES	44
3.10 SOINS TRANSAFFIRMATIFS.....	47

3.10.1	Hormonothérapie.....	47
3.10.2	Chirurgies d'affirmation du genre.....	50
4.	DISCUSSION.....	53
5.	CONCLUSION.....	61
6.	PRÉSENTATION DES RECOMMANDATIONS ET TRIANGULATION DES DONNÉES PROBANTES.....	63
6.1	LIEUX INCLUSIFS POUR L'ENSEMBLE DU RÉSEAU DE SOINS ET DE SERVICES	64
6.2	FORMULAIRES ADMINISTRATIFS	65
6.3	FORMATIONS.....	66
6.4	TRAJECTOIRES DE SOINS ET DE SERVICES.....	68
6.4.1	Centre de référence (action intermédiaire).....	68
6.4.2	Recommandations en lien avec la nomination de champion-ne-s (action intermédiaire).....	70
6.4.3	Partenariats (communauté de pratique).....	71
6.5	SOUTIEN AUX USAGERÈRES TRANS ET NON BINAIRES ET À LEUR FAMILLE OU À LEURS PROCHES.....	72
6.6	CLINIQUES SPÉCIALISÉES.....	73
6.7	SOINS TRANSAFFIRMATIFS	74
6.7.1	Lettres de recommandation et évaluations psychologiques pour avoir accès à des soins transaffirmatifs.....	74
6.7.2	Hormonothérapie.....	75
6.7.3	Chirurgies d'affirmation du genre	76
7.	ANNEXES.....	77
8.	BIBLIOGRAPHIE	163

LISTE DES FIGURES

Figure 1 – Modèle logique.....	4
Figure 2 – Actions pouvant être implantées	63

LISTE DES ANNEXES

Annexe I – Lexique sur l'identité de genre	77
Annexe II – Liste des membres du comité consultatif ayant contribué à la contextualisation des travaux.....	79
Annexe III – Revue de la littérature (stratégie employée)	81
Annexe IV – Liste des mots-clés utilisés dans la revue de la littérature	85
Annexe V – Ressources consultées pour la recherche de la littérature grise (incluant les sites Internet).	87
Annexe VI – Critères d'inclusion et d'exclusion des références	89
Annexe VII – Guide d'entrevue des entretiens semi-dirigés avec des membres d'organismes communautaires spécialisés dans les services aux personnes trans et non binaires	91
Annexe VIII – Guide d'entrevue des entretiens semi-dirigés individuels ou restreints avec des gestionnaires.....	93
Annexe IX – Guide d'entrevue des groupes de discussion	97
Annexe X – Validation externe	113
Annexe XI – Diagramme de flux – PRISMA	117
Annexe XII – Liste des documents exclus avec les raisons de l'exclusion.....	119
Annexe XIII – Description des articles inclus	127
Annexe XIV – Évaluation de la qualité des études avec l'outil MMAT	133
Annexe XV – Évaluation de la qualité des revues systématiques avec l'outil AMSTAR 2	137
Annexe XVI – Évaluation de la qualité des Standards de soins de la WPATH 2022, version 8 – Outil méthodologique AGREE II.....	139
Annexe XVII – Citations originales	143
Annexe XVIII – Résumé des informations sur les cliniques spécialisées issues de la recension des écrits	149
Annexe XIX – Résumé des informations sur les cliniques spécialisées issues des données contextuelles	151
Annexe XX – Résumé des besoins des types de clientèles	153
Annexe XXI – Propos recueillis sur l'arrimage entre les différentes initiatives de formations.....	155
Annexe XXII – Propos recueillis sur la prise en charge de l'hormonothérapie.....	157
Annexe XXIII – Exemple de partenariat entre la DPJe et un organisme communautaire	159
Annexe XXIV – Précisions de l'organisme communautaire TransEstrée pour la recommandation associée 10.2	161

ABRÉVIATIONS

ABRÉVIATION	Définition
ACP	Assistante à la coordination professionnelle
APPR	Agent-e de planification, de programmation et de recherche
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CHUS	Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
DCMU	Direction de la coordination de la mission universitaire
DGA-PSPGS	Direction générale adjointe - Programme santé physique générale et spécialisée
DPJ	Direction de la protection de la jeunesse
DPJe	Direction du programme jeunesse
DRHCAJ	Direction des ressources humaines, communications et affaires juridiques
DSAG-SSG-DTSA	Direction du soutien à domicile et des services spécialisés en gériatrie, en déficience et en trouble du spectre de l'autisme
DSG	Direction des services généraux
DSSCC	Direction des services spécialisés, chirurgicaux et de cancérologie
DSI	Direction des soins infirmiers
DSM	Direction des services multidisciplinaires
DSPublique	Direction de santé publique
DST	Direction des services techniques
EDI	Équité, diversité et inclusion
ETMI	Évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et services sociaux
ECHTA	Equity Checklist for HTA (Health Technology Assessment)
ENA	Environnement numérique d'apprentissage
GMF	Groupe de médecine de famille
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
LGBT	Acronyme pour lesbiennes, gaies, bisexuelles, transgenres
LGBTQ	Acronyme pour lesbiennes, gaies, bisexuelles, transgenres, queer

LGBTQIA2+	Acronyme pour lesbiennes, gaies, bissexuelles, transgenres, queer, intersexes, asexuelles, bispirituelles, et toute autre identité de genre ou orientation sexuelle (issues de la diversité sexuelle ou de genre) à laquelle une personne peut s'identifier
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
PDGA	Présidence-direction générale adjointe
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
RLS	Réseaux locaux de services
RSSS	Réseau de la santé et des services sociaux
TNBQ	Acronyme pour trans, non binaires ou en questionnement identitaire de genre
UETMISSS	Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et en services sociaux
WPATH	World Professional association for Transgender Health ou l'Association mondiale pour la santé des personnes transgenres

AVANT-PROPOS

Bien qu'il y ait eu certaines avancées sociales et juridiques pour les personnes trans et non binaires (personnes dont le genre est différent de celui assigné à la naissance) au Canada au cours des dernières années, il reste du chemin à parcourir pour qu'elles jouissent d'un épanouissement psycho-socio-économique et du même niveau de qualité de vie que les personnes cisgenres (non trans) [pour plus de précisions sur ces termes, voir l'[annexe I](#)].

Plusieurs études ont démontré que les personnes issues de la diversité de genre continuent de vivre différentes formes de discrimination et d'exclusion, ce qui par conséquent nuit à leur épanouissement social, mais également à l'obtention de soins et de services de santé mentale et physique spécifiquement adaptés à leurs besoins. En ce qui concerne l'accès aux soins de santé, d'importantes disparités persistent entre les personnes cisgenres et celles qui sont trans et non binaires. Ces disparités se sont creusées lors de la pandémie de COVID-19. En effet, des études révèlent que les personnes trans et non binaires ont particulièrement souffert d'un manque d'accès à des soins généraux et à des soins transaffirmatifs durant cette période. À la lumière de ces résultats, on constate que les personnes trans et non binaires forment, encore aujourd'hui, une population vulnérable pour laquelle l'accès aux soins de santé demeure difficile.

La haute direction du CIUSSS de l'Estrie – CHUS a été informée de ces enjeux inhérents aux besoins spécifiques de la clientèle trans et non binaire, dans le premier volet d'évaluation réalisé par l'Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et en services sociaux (UETMISSS), en 2022. Celui-ci a permis d'alimenter, dans la foulée de l'élaboration d'une politique portant sur l'équité, la diversité et l'inclusion (EDI), les réflexions stratégiques de l'établissement concernant ces questions.

Dans ce second volet d'évaluation, l'équipe de l'UETMISSS, en collaboration avec les parties prenantes provenant de l'établissement (professionnelles, gestionnaires, intervenantes) et celles provenant de la communauté estrienne (usageres, proches aidantes, organismes communautaires), proposent des actions concrètes afin d'améliorer l'offre de soins et de services ainsi que les trajectoires de soins pour les usageres trans et non binaires. Ce rapport propose, entre autres, une approche de soins de proximité soutenue par un réseau interdisciplinaire spécialisé au sein du CIUSSS de l'Estrie – CHUS.

1. INTRODUCTION

1.1 CONTEXTE ET BESOINS DÉCISIONNELS

Au cours des dernières années, il y a eu une augmentation notable de la demande de soins et de services dans le réseau de la santé et des services sociaux pour répondre aux besoins des personnes trans et non binaires. Or, plusieurs parmi elles ne parviennent pas à avoir accès aux soins souhaités. Un sondage de Trans PULSE Canada (6), réalisé en 2019, a révélé qu'en raison de leur identité de genre, 12 % des personnes trans et non binaires ont évité d'aller aux urgences même si elles avaient besoin de soins. Durant la pandémie de COVID-19, cette population a particulièrement souffert de problèmes d'accessibilité aux soins de santé. En effet, un autre sondage de Trans PULSE Canada a mis en lumière des difficultés à accéder aux soins transaffirmatifs durant les six à sept premiers mois de la pandémie (7).

Malgré l'absence de chiffres précis et disponibles concernant le nombre de personnes trans et non binaires en Estrie, les données du recensement canadien de 2019 indiquent que : « la proportion de personnes de genre non binaire de tout âge est de 0,07 %. La proportion de personnes de genre non binaire est trois fois plus élevée chez les personnes de moins de 35 ans (0,11 %) que chez celles de 35 ans ou plus (0,02 %). [...] Selon les résultats du Test du recensement de 2019, l'estimation (en pourcentage) de la population transgenre, y compris les personnes non binaires, est de 0,35 %, ce qui semble réaliste à la lumière de résultats provenant d'autres sources, tant nationales qu'internationales » (8). En effectuant un calcul pour la population de l'Estrie (approximativement 500 000 personnes), 1750 personnes transgenres et non binaires pourraient avoir besoin de soins et de services en lien avec leur identité de genre sur le territoire du CIUSSS de l'Estrie – CHUS.

Le besoin décisionnel du CIUSSS de l'Estrie – CHUS, dans ce contexte, est manifestement d'obtenir des recommandations afin d'optimiser son offre de soins et de services pour cette population cible. Toutefois, au cours de l'évaluation de cette demande, il est apparu de manière évidente qu'avant d'en arriver à optimiser l'offre de soins et de services globale, il était nécessaire d'étudier la culture organisationnelle de l'établissement. Plus précisément, pour optimiser l'offre de soins et de services, le CIUSSS de l'Estrie – CHUS devait mettre en place une stratégie de sensibilisation de base en lien avec l'ouverture des différents milieux de soins et de services aux réalités et aux enjeux vécus par les usager·ères trans et non binaires. Cette première étape a fait l'objet d'un état des connaissances menant à des constats en lien avec les barrières d'accès aux soins et aux services que peuvent rencontrer les usager·ères trans et non binaires et dont devraient tenir compte tous les milieux de soins et de services au sein de l'établissement. Les mesures à mettre en place afin d'en arriver à créer un établissement plus inclusif y ont également été détaillées. Les données produites au cours de ces travaux ont alimenté diverses thématiques présentées dans ce présent rapport. Afin d'alléger le texte, le terme « volet 1 » sera utilisé pour référer au rapport *Diversité de genre | Changement de culture organisationnelle pour un CIUSSS de l'Estrie – CHUS inclusif (volet 1)* (9).

Ce présent avis d'évaluation (incluant des recommandations) traite spécifiquement de l'optimisation de l'offre de soins et de services offerte aux usager·ères trans et non binaires au CIUSSS de l'Estrie – CHUS. Il résume la méthodologie utilisée et les résultats des données probantes de la revue systématique et des données contextuelles. Plus précisément, il est apparu important de contextualiser les données de la

littérature afin que les recommandations soient réalistes en fonction des contextes de soins et de services du CIUSSS de l'Estrie – CHUS. À cette fin, des groupes de discussion ont été formés et des entretiens semi-dirigés ont été effectués auprès des différentes actrices importantes dans le réseau en ce qui concerne la question de l'offre de soins et de services offerte à cette clientèle et son optimisation.

Finalement, 13 recommandations ont découlé de ce projet d'évaluation des technologies et des modes d'intervention (ETMI) ainsi que 17 recommandations associées. Afin d'optimiser l'offre de soins et de services, certaines recommandations ont été conçues comme des recommandations intermédiaires, en ce sens qu'elles pourraient être implantées dans l'attente d'une offre de soins et de services optimale pour les usageres. L'objectif est d'assurer l'accès à des soins et à des services de qualité à ces usageres pendant la période de mise en œuvre par l'établissement et d'acquisition des connaissances nécessaires par les membres de la communauté interne.

1.2 PROBLÉMATIQUE

Sur le territoire du CIUSSS de l'Estrie – CHUS, comme ailleurs au Québec, la demande de soins et de services pour les personnes trans et non binaires est grandissante. Toutefois, aucun parcours n'a encore été conçu pour répondre aux besoins en lien avec leur expression de genre. De plus, il n'y a pas eu de réflexion sur la façon de prodiguer l'ensemble des soins et des services autres que ceux liés au genre dans un environnement inclusif et sécuritaire pour cette clientèle. Ces personnes peuvent donc faire face à de grandes difficultés d'accès et d'incompréhension de leurs besoins lorsqu'elles font une demande de soins ou de services dans les établissements du réseau de la santé et des services sociaux.

1.3 ENJEUX DÉCISIONNELS

Dans ce contexte, la Présidente-directrice générale adjointe a transmis une demande à l'UETMISSS pour une évaluation complète avec recommandations, afin d'optimiser l'offre de soins et de services octroyée aux personnes trans et non binaires (adultes et mineures) au CIUSSS de l'Estrie - CHUS.

La mise en place d'une offre de soins et de services adaptée et optimisée pour cette clientèle, qui viendrait faciliter les parcours de ces usageres au sein de l'établissement, ne sera possible qu'en se concentrant en amont sur la culture organisationnelle, et ensuite, en élaborant une stratégie globale de prise en charge et d'accompagnement sur l'ensemble du réseau [incluant les neuf réseaux locaux de services (RLS)]. Par conséquent, une stratégie globale de sensibilisation au sein de l'établissement doit être mise en place afin d'atteindre, dans ce nouveau cadre plus inclusif, une optimisation de l'offre de soins et de services tout en facilitant l'accès de ses usageres à des soins et à des services de qualité.

2. MÉTHODOLOGIE

2.1 QUESTIONS D'ÉVALUATION

La question d'évaluation centrale à laquelle répond cet avis d'évaluation :

Comment optimiser l'offre de soins et de services offerte aux personnes transgenres et non binaires (adultes et mineures) qui se présentent au CIUSSS de l'Estrie – CHUS?

La démarche d'évaluation ayant souligné l'importance de se pencher sur la culture organisationnelle de l'établissement comme première étape d'optimisation des soins et des services, une autre question liée plus précisément à la culture organisationnelle au sein du CIUSSS de l'Estrie – CHUS a été explorée dans le volet 1 (9) :

Quelles actions devons-nous entreprendre pour faire en sorte que le CIUSSS de l'Estrie – CHUS soit plus inclusif pour les personnes trans et non binaires?

Cette question a fait l'objet de constats et de pistes d'action afin de tracer certaines lignes directrices qui faciliteraient un processus inclusif transversal au sein des différents milieux de soins et de services. Au cours de ce présent avis d'évaluation, des recommandations ont pu être formulées, en ce sens, à la suite de l'itération et de la triangulation de l'ensemble des données probantes : une recension des écrits portant sur l'organisation des soins et des services ainsi qu'une collecte de données contextuelles (qualitatives) pour comprendre les situations et les enjeux vécus sur le territoire de l'établissement.

2.2 MODÈLE LOGIQUE DES VOLETS 1 ET 2 DE L'ÉVALUATION DES TECHNOLOGIES ET DES MODES D'INTERVENTION (ETMI)

Un modèle logique a été suggéré, incluant le volet 1 portant sur la culture organisationnelle et le volet 2 portant sur l'optimisation de l'offre de soins et de services aux usager·ères trans et non binaires au CIUSSS de l'Estrie – CHUS. Ce dernier permet de mettre en évidence l'ensemble des éléments ayant un impact sur la santé et le bien-être de ces personnes au sein de l'établissement ainsi que leurs interrelations. En effet, bien que cette ETMI soit constituée de deux rapports autoportants, ces deux volets sont nécessaires et vont de pair pour réaliser l'optimisation des soins et des services aux personnes trans et non binaires. Ce modèle est présenté à la page suivante.

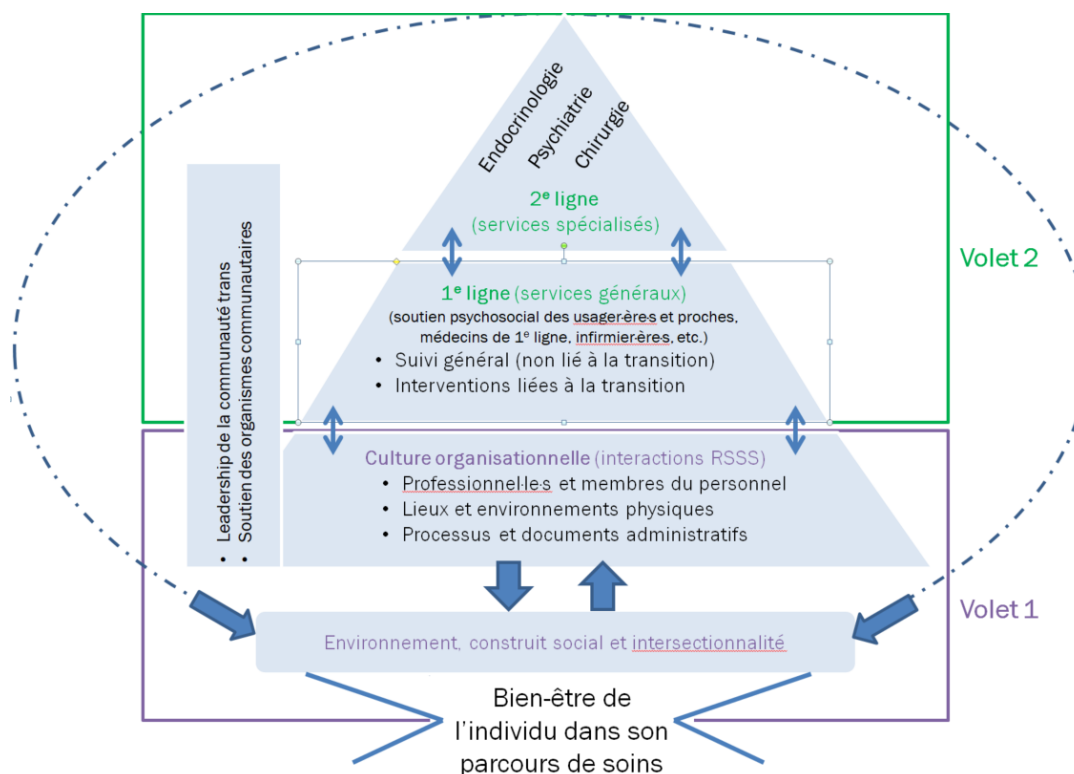


Figure 1 – Modèle logique. Schématisation des éléments pouvant avoir des impacts sur la santé et le bien-être des usager·ères trans et non binaires

Abréviations : réseau de la santé et des services sociaux (RSSS)

La base de la pyramide représente le volet 1 : la culture organisationnelle. Elle constitue le socle sur lequel s'appuie l'optimisation de l'offre de soins et de services du volet 2. D'une part, la sensibilisation et les connaissances des membres de la communauté interne du CIUSSS de l'Estrie – CHUS ont un impact direct sur l'obtention de soins et de services adéquats ainsi que sur l'expérience interpersonnelle vécue par l'usager·ère et sa famille ou ses proches. De plus, l'organisation de l'environnement physique (par exemple, la présence de salles de bain non genrées), les processus et les formulaires administratifs ainsi que l'usage du nom et du genre adopté et de préférence de l'usager·ère ont aussi un impact sur l'expérience et le sentiment de validation de son identité. La culture organisationnelle constitue une interface qui influence la nature des interactions que l'usager·ère aura avec le réseau.

Ensuite, le volet 2 de cette ETMI portant sur l'optimisation de l'offre de soins et de services se divise entre les soins et les services de première ligne et ceux de deuxième ligne. Il représente ainsi les interactions avec les services généraux de première ligne, incluant l'accueil et l'accès au soutien psychosocial des usager·ères et de leur famille ou de leurs proches, l'accès aux médecins omnipraticien·nes, aux infirmier·ères et aux autres professionnel·les de la santé, telles que les physiothérapeutes, les ergothérapeutes, les travailleure·ses sociaux·les et les psychologues, entre autres. Ces soins et ces services incluent les interventions spécifiques pour répondre aux différents besoins des usager·ères trans et non binaires, mais peuvent aussi inclure des soins et des services requis pour d'autres raisons médicales qui ne sont pas liées à l'identité de genre et à la transition. Les réalités psychologiques et physiologiques des personnes trans et non binaires, ayant ou non une dysphorie de genre, doivent néanmoins toujours être considérées si elles interfèrent ou risquent d'interférer avec la situation médicale, psychologique ou sociale de l'usager·ère. Du point de vue des

soins et des services spécialisés, associés à la deuxième ligne, se trouvent notamment les soins en endocrinologie, en psychiatrie et en chirurgie. Ces paliers sont perméables, et les réalités des uns ont nécessairement des impacts sur les autres.

Transversal à toutes les sphères d'interventions se trouve le leadership de la communauté trans ainsi que des organismes communautaires qui fournissent un soutien et mettent en valeur les perspectives des personnes trans et non binaires afin d'obtenir des soins et des services pour améliorer leur santé et leur bien-être. L'environnement et le construit social englobent et alimentent les interactions et les réalités du réseau de la santé et des services sociaux. Tous ces éléments interagissent et contribuent au bien-être de l'individu tout au long de son parcours de vie.

2.3 CADRE CONCEPTUEL POUR L'ÉTHIQUE

Les quatre principes de la bioéthique tels qu'illustrés par Stone – le respect de l'autonomie, la bienfaisance, la non-malfaisance et la justice – sont au cœur des démarches (10). Ces principes ont été considérés dans le développement des grilles d'extraction, du guide d'entretien et des analyses des données de cette ETMI. À chaque étape des travaux, les éléments d'iniquité à considérer ont été notés. Dans le contexte de cette ETMI, en plus des quatre principes de la bioéthique, certains éléments de l'*Equity Checklist for HTA*, ECHTA (11), un outil en développement qui permet d'examiner de façon systématique les enjeux d'équité relatifs aux technologies et aux modes d'intervention en santé, ont été utilisés. L'UETMISSS s'assure ainsi que les constats et les recommandations prennent en compte les réalités et les enjeux des personnes en situation minoritaire susceptibles d'être désavantagées.

2.4 COMITÉ CONSULTATIF

Un comité consultatif a été implanté dès le début du projet, et ce dernier a joué divers rôles :

- Commenter le plan de réalisation et bonifier la démarche évaluative (volet 1);
- Suivre et commenter les travaux de l'ETMI (volets 1 et 2);
- Donner des commentaires et des suggestions à différents moments-clés de la démarche, tels que lors de la présentation des constats et des recommandations préliminaires (volets 1 et 2);
- Participer à la coconstruction des recommandations issues de l'évaluation (volet 2).

Ce comité était constitué de plusieurs professionnelles de la santé, de gestionnaires issues de divers RLS et de chercheuses dans le domaine. De plus, conformément à la Politique de participation des usagers, proches-aidants et citoyens³ de l'UETMISSS du CIUSSS de l'Estrie - CHUS, la perspective des patientes est centrale dans les travaux d'évaluation (12). En conséquence, le comité consultatif était constitué des actrices suivantes :

- 1) Les usagères, leurs parents (ou des proches) et les citoyen-n-es;
- 2) Les intervenantes, les professionnelles de la santé, les médecins et les gestionnaires de direction aux programmes et aux services concernés (première et deuxième ligne);
- 3) Les partenaires intersectoriels du réseau communautaire (RLS de Sherbrooke);
- 4) Les expertes universitaires en méthode d'évaluation ou sur les enjeux liés aux personnes trans et non binaires.

³ Comme le nom de la politique ne pouvait pas être modifié, l'écriture épiciène n'est pas utilisée.

La liste des membres du comité consultatif ayant contribué à la contextualisation des travaux est présentée en [annexe II](#).

2.5 RECENSION DES ÉCRITS

Une recension de la littérature scientifique a été effectuée sur l'organisation des soins et des services de santé pour les personnes trans et non binaires, en lien avec la transition et leur parcours de soins en général. Une stratégie de recherche documentaire a été élaborée par un bibliothécaire du CIUSSS de l'Estrie – CHUS (Francis Lacasse), en collaboration avec deux membres de l'équipe (MB, MR) et sous la supervision du directeur scientifique de l'UETMISSS (PD).

Pour sa part, la recherche de la littérature scientifique (indexée et grise) incluait les publications gouvernementales, les revues systématiques, les guides de pratique clinique, les études de cas, les évaluations de programmes et les études de cohortes. Le périodique *International Journal of Transgenderism* a également été ciblé. La période de temps ciblée par la recension des écrits s'est échelonnée de 2012 à 2019. Les documents recherchés étaient en anglais et en français dans les bases de données suivantes : PubMed, Ovid, Scopus, PsychInfo, Cochrane Library et Campbell Collaboration. Une description détaillée de la stratégie de recherche employée, la liste des mots-clés utilisés ainsi que les sources consultées pour la littérature grise sont disponibles respectivement aux annexes [III](#), [IV](#) et [V](#).

Une double sélection des publications a été réalisée à partir des titres et des résumés par les membres de l'UETMISSS (MB et M-NM). En cas de désaccord, une tierce partie a été consultée (PD). L'analyse de l'éligibilité des publications à la lecture complète a ensuite été réalisée par une personne consultante (EP-R) sous la supervision d'une membre de l'UETMISSS (MB). En cas de doute, une conseillère en ETMI (MB) a procédé à la lecture complète de la publication. Un examen des références bibliographiques des publications retenues a été effectué afin de déterminer si certaines publications pouvaient se montrer éligibles. La description des critères d'inclusion et d'exclusion des publications qui ont été utilisées pour l'ensemble du processus de sélection se trouve en [annexe VI](#).

Le développement de la grille d'extraction ainsi que l'extraction des données ont été réalisés sous la supervision des membres de l'UETMISSS (MB, SD). L'extraction des données a été effectuée par une seule personne (EP-R). Toutefois, en début de projet, une double extraction (MB et EP-R) a été réalisée à des fins de vérification sur environ une dizaine de documents.

Quant à l'extraction des données, certains thèmes extraits ont fait l'objet d'une analyse qui est présentée dans le volet 1, soit : les lieux physiques inclusifs, les formulaires administratifs et les formations de sensibilisation.

L'évaluation de la qualité méthodologique des publications incluses a été effectuée par deux personnes (EP-R et MB) à l'aide des outils *Mixed Methods Appraisal Tool* (MMAT) (13) et *A Measurement Tool to Assess systematic Reviews* (AMSTAR 2) (14). L'outil MMAT a été utilisé pour évaluer la qualité des études qualitatives, des études quantitatives descriptives et des études avec méthodes mixtes. Basée sur l'examen des forces et des faiblesses, une appréciation qualitative (faible, moyenne, bonne ou excellente) de la qualité globale de chaque étude a été attribuée par deux personnes (EP-R et MB).

Un document ne faisant pas partie de la période de recension a été ajouté aux données de cette ETMI, soit la version 8 des Standards de soins de la World Professional Association for Transgender Health

(WPATH) (15). En effet, ce document phare a été publié en septembre 2022, soit à la fin des travaux, visant spécifiquement le codéveloppement des recommandations. Une extraction des données portant sur les enjeux médicaux et cliniques, en lien avec le thème des soins transaffirmatifs, a été réalisée. L'évaluation de la qualité méthodologique de ce guide a été réalisée par deux personnes (EP-R et M-PB) à l'aide de l'outil *Appraisal of Guidelines Research and Evaluation II* (AGREE II) (16).

2.6 DONNÉES CONTEXTUELLES

Une évaluation qualitative a été réalisée au cours de ce projet d'ETMI afin de récolter des données contextuelles. Ces dernières ont permis de contextualiser les résultats issus de la revue systématique présentant plusieurs enjeux et contextes nationaux et internationaux. Cette initiative a permis de mieux comprendre les situations et les enjeux vécus sur le territoire de l'établissement afin que les recommandations puissent être en concordance avec les soins et les services offerts et les besoins des usager·ères trans et non binaires. Les stratégies méthodologiques préconisées ont été la création de groupes de discussion et d'entretiens semi-dirigés à questions ouvertes.

Plus précisément, quatre groupes de discussion ont été formés et ont échangé pendant deux heures. Ces groupes étaient composés des personnes suivantes :

1. Gestionnaires affiliées aux fonctionnements généraux [5 participantes];
2. Gestionnaires affiliées à la première ligne et aux soins et aux services intrahospitaliers [6 participantes];
3. Gestionnaires pour certaines clientèles visées (jeunes, aînées, personnes vivant avec un trouble du spectre de l'autisme, une déficience intellectuelle et/ou physique) [6 participantes];
4. Médecins et professionnel·les de la santé spécialisés·es en soins des usager·ères trans et non binaires [6 participantes].

Ensuite, cinq entrevues semi-dirigées, d'une durée d'une heure à une heure et demie, ont été réalisées. Ces entretiens avaient pour objectif de traiter de sujets plus spécifiques, difficiles à traiter en groupe de discussion, ainsi que d'inclure les organismes communautaires de manière équitable dans la collecte des données. De plus, ces organismes étaient une source d'informations pertinentes puisqu'ils ont un contact privilégié avec certain·es usager·ères du CIUSSS de l'Estrie – CHUS, quant aux enjeux vécus par ceux·celles-ci. Les entretiens étaient formés des participant·es suivantes :

- Gestionnaires en médecine de laboratoire au sein de la Direction des services multidisciplinaires (DSM) [2 participantes];
- Gestionnaire en rénovation fonctionnelle et en maintien d'actifs immobiliers au sein de la Direction des services techniques (DST) [1 participante];
- Membres de différents organismes communautaires [RLS de Sherbrooke, 3 participantes].

Les gestionnaires en médecine de laboratoire ont été interrogées ensemble, et les membres des organismes communautaires séparément.

Les données contextuelles ont été recueillies dans le but d'identifier les besoins sur le terrain et d'évaluer la faisabilité de la mise en œuvre d'actions visant l'optimisation du parcours de soins et de services des usager·ères trans et non binaires dans leurs milieux respectifs. L'acquisition d'une meilleure compréhension du fonctionnement global (gestion financière, sociale, sécuritaire et organisationnelle) de ces différents milieux de soins et de services touchant directement le parcours des usager·ères trans et non binaires au sein du CIUSSS de l'Estrie – CHUS était également visée. En somme, le but était de

s'assurer d'élaborer des recommandations en phase avec le fonctionnement de différents milieux de soins et de services. De plus, dans la perspective de compléter les données recueillies dans le volet 1, une portion des participantes a été sondée afin de mieux cerner les enjeux organisationnels possibles associés à l'implantation d'actions visant l'inclusivité des lieux physiques et des formulaires administratifs.

Une analyse thématique (17–19) ainsi que la triangulation de l'ensemble des données probantes ont été complétées. Une saturation des données a été réalisée pour une majorité des thèmes. Les guides d'entrevue ont été conçus précisément afin d'atteindre un niveau de saturation satisfaisant (voir les annexes [VII](#), [VIII](#) et [IX](#)). Toutefois, la nature de l'ETMI étant vaste et à large spectre, il était impossible de traiter l'ensemble des thèmes avec toutes les participantes. Certains thèmes plus spécifiques ont donc été traités de manière plus circonscrite (tels que les modifications des lieux physiques et les formulaires administratifs).

De plus, les formations de sensibilisation traitées dans le volet 1 ont été analysées sommairement dans cet avis d'évaluation (volet 2). Quant aux formations plus spécifiques, par exemple celles ayant des éléments médicaux, elles ont été davantage ciblées. Sur ce point, des éléments pertinents tirés des données contextuelles ont été ajoutés, afin de circonscrire le sujet en y apportant des éléments de compréhension nouveaux liés aux vécus des gestionnaires, des professionnelles de la santé et des organismes communautaires.

2.7 TRIANGULATION DES DONNÉES

Une triangulation des données probantes a été réalisée, notamment entre les résultats des données provenant de la recension des écrits ainsi que ceux provenant des données contextuelles. La réalisation d'une itération des données entre ces deux analyses des résultats a permis de trianguler des thèmes émergents des données contextuelles et de la revue systématique. Ce présent avis d'évaluation s'est concentré sur la triangulation des thèmes liés à l'organisation des soins et des services en priorité, mais a également inclus une triangulation avec les données obtenues lors du volet 1 (9).

2.8 MÉTHODES DE FORMULATION DES RECOMMANDATIONS

Deux méthodes de consensus ont été utilisées dans la coconstruction des recommandations de l'avis d'évaluation. Premièrement, une méthode de consensus informel a été utilisée lors de la dernière rencontre du comité consultatif. Cette méthode représente une approche délibérative non structurée, sans recours à un système de cotation ou de votation. Deuxièmement, à la suite de ce processus, une méthode de consensus formel a été utilisée, une méthode Delphi (18), pour poursuivre la coconstruction des recommandations. En effet, les membres du comité consultatif n'avaient pas eu le temps de se prononcer et certaines modifications des recommandations avaient été demandées.

La méthode Delphi consiste à interroger les participantes et à recueillir les rétroactions lors de rondes itératives de consultations permettant de partager, de façon anonyme, les opinions des membres du comité consultatif. Le logiciel SimpleSondage a été utilisé pour questionner les participantes sur les modifications à apporter aux recommandations ainsi que pour recueillir et partager les commentaires de toutes les membres du comité. Pour ce projet d'ETMI, deux rondes de consultations ont été nécessaires pour atteindre un consensus sur les recommandations.

Ensuite, une vérification de l'ensemble des thèmes des recommandations finales a été réalisée (15) en raison de la publication de la version 8 des Standards de soins de la WPATH. Cette étape consistait en la comparaison des thématiques et des orientations proposées par la WPATH par rapport à celles codéveloppées lors de cette ETMI. Son objectif était d'identifier des points de divergence et, selon le cas, de revenir avec ces informations auprès des membres du comité afin que ces dernières puissent en tenir compte dans leur réflexion dans le processus d'élaboration des recommandations.

2.9 VALIDATION EXTERNE

La validation externe du présent rapport a été réalisée par Dre Lou-Ann Morin, psychologue autonome, possédant une expertise pertinente dans le domaine de la santé trans. Cette dernière a une spécialité clinique auprès des personnes mineures et des adultes trans et non binaires. Elle est également consultante pour l'Institut pour la santé trans, dirigé par Françoise Susset.

Dre Morin a lu l'entièreté du rapport et a rédigé un commentaire général sur celui-ci (voir l'[annexe X](#)).

3. RÉSULTATS DE LA REVUE SYSTÉMATIQUE

3.1 RÉSULTATS DE LA RECHERCHE DOCUMENTAIRE

La recherche documentaire, réalisée en collaboration avec un bibliothécaire (FL), a permis d'identifier 3746 articles, dont 13 articles issus de la littérature grise. À la suite de la suppression des doublons et de la lecture des résumés, 132 articles répondant aux critères d'inclusion ont été retenus. De ce nombre, 17 articles ont été repérés par une recherche bibliographique d'articles répondant aux critères de sélection. Après la lecture intégrale des articles retenus, 20 articles ont été inclus dans l'analyse, dont : 7 études qualitatives (de qualité modérée à élevée), 7 études quantitatives descriptives (de qualité faible à élevée), 4 études avec des méthodes mixtes (de qualité modérée à élevée) et 2 revues systématiques (de très faible qualité). Parmi ces 20 articles, 6 articles faisaient partie de la littérature grise. Le diagramme de flux *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA), décrivant ces résultats, se trouve en [annexe XI](#) ainsi que le tableau des articles exclus avec les raisons de l'exclusion en [annexe XII](#).

Une synthèse des descriptions des articles inclus dans la présente revue systématique se trouve en [annexe XIII](#). Les détails des évaluations de la qualité se trouvent en [annexe XIV](#) pour l'outil MMAT et en [annexe XV](#) pour l'outil AMSTAR 2. Par ailleurs, l'évaluation de la qualité avec AGREE II de la version 8 des Standards de soins de la WPATH (15) est disponible à l'[annexe XVI](#).

3.2 DESCRIPTION DES ARTICLES INCLUS

Parmi les sept études qualitatives incluses dans l'analyse, les études de Blodgett *et al.* (20) et de Vermeir *et al.* (21) concernaient les barrières d'accessibilité aux soins et aux services de santé pour les personnes trans. Les études de Carlile (22), d'Hinrichs *et al.* (23), d'Hudson (24), de Linander *et al.* (25), et de Ross *et al.* (26) s'intéressaient aux expériences vécues par des usager·ères trans dans le milieu de la santé. À la suite de l'évaluation réalisée avec l'outil MMAT, cinq études ont été considérées d'excellente qualité (20–23,25). Les études d'Hudson et de Ross *et al.* ont été jugées de qualité modérée (24,26).

Parmi les sept études quantitatives descriptives, l'étude de Bauer *et al.* (27) traitait des facteurs associés à l'inconfort des usager·ères trans avec leur médecin de famille. Les études de Brandelli Costa *et al.* (28), de Clark *et al.* (29), de Delahunt *et al.* (30) ainsi que de Gahagan et Subirana-Malaret (31) s'intéressaient aux barrières d'accessibilité aux soins et aux services de santé pour les personnes trans. Colvin *et al.* (32) se sont intéressées aux parcours de soins d'usager·ères trans. Heard *et al.* (33) ont étudié l'expérience de jeunes trans dans le système de santé. En ce qui concerne la qualité, trois études quantitatives descriptives ont été jugées d'excellente qualité (27,28,33), deux de qualité modérée (29,32) et deux de faible qualité (30,31), selon une interprétation des résultats avec l'outil MMAT.

Parmi les quatre études utilisant des méthodes mixtes, l'étude de Blossnich *et al.* (34) évaluait un programme de consultation électronique visant à outiller les médecins travaillant auprès d'usager·ères trans. L'étude de Clark *et al.* (35) se concentrait sur les barrières d'accessibilité aux soins et aux services de santé pour les personnes trans. L'étude d'Inwards-Breland *et al.* (36) a évalué la satisfaction de

jeunes trans et de leurs parents ou tuteurs comparativement aux services d'une clinique pédiatrique. L'étude de Ziegler *et al.* (37) documentait l'implantation de soins et de services pour des usager·ères trans. Une de ces études était d'excellente qualité (35) et trois de qualité modérée (34,36,37), toujours selon une interprétation des résultats avec l'outil MMAT.

La revue systématique d'Aylagas-Crespillo *et al.* (38) traitait des barrières d'accessibilité aux soins et aux services de santé telles que perçues par les usager·ères trans et les professionnel·les de la santé œuvrant auprès de cette population. Cette recension, qui incluait sept études qualitatives, a été évaluée de très faible qualité selon les critères d'AMSTAR 2, en raison d'informations manquantes sur la méthodologie et des mesures prises pour minimiser les risques de biais. De plus, l'étude ne comprenait pas de liste des études exclues avec les raisons justifiant leur exclusion ni de mentions concernant les sources de financement des articles inclus dans l'analyse. Enfin, les auteur·rices n'ont pas fourni d'explications satisfaisantes par rapport à l'hétérogénéité des résultats. La revue systématique d'Heng *et al.* (39) s'intéressait aux expériences de soins et de services de santé généraux vécues par des personnes trans. Elle a été évaluée à l'aide de l'outil AMSTAR 2 et a été considérée de très faible qualité. Les auteur·rices ont inclus 20 articles dans leur recension. Cette recension n'incluait pas de liste des articles exclus ni de justification de leur exclusion. De plus, une seule personne a réalisé l'extraction des données. Finalement, les auteur·rices ont omis de mentionner les risques de biais des articles inclus et leurs sources de financement.

La version 8 des Standards de soins de la WPATH est un document proposant les lignes directrices qui ont été développées sur une vaste gamme de problématiques entourant les usager·ères trans et non binaires (15). L'évaluation de sa qualité méthodologique a été réalisée à l'aide de l'outil AGREE II. Dans l'ensemble, la publication est considérée de qualité modérée, puisqu'elle présente des faiblesses dans les domaines de la rigueur d'élaboration et de l'applicabilité des recommandations. Bien que la méthodologie présentée était rigoureuse, quelques domaines ont été jugés faibles, puisque certaines informations n'étaient pas accessibles dans le document. Cela s'explique en partie, puisque l'étendue des thèmes traités était grande et que le document aurait été très volumineux s'il avait inclus toutes les collectes de données, les évaluations de la qualité des études et des preuves scientifiques pour les multiples recensions systématiques que la démarche des auteur·rices impliquait. La grille d'analyse est disponible à l'[annexe XV](#). Par ailleurs, étant donné que sa parution s'est produite à la fin des travaux, une extraction systématique des données n'a pas pu être réalisée. Au cours de cette ETMI, certains éléments en lien avec les soins transaffirmatifs, plus particulièrement l'hormonothérapie ainsi que sur le parcours de soins et de services des jeunes mineures, ont pu être vérifiés. Ces éléments ont contribué aux données scientifiques qui ont été considérées dans l'élaboration des recommandations. Les informations qui ont été extraites de ce document seront présentées dans une sous-section lors de la recension systématique des écrits scientifiques.

3.3 SYNTHÈSE ET INTERPRÉTATION DES DONNÉES PROBANTES

Ce projet d'ETMI étant constitué de deux volets, certains thèmes extraits ont fait l'objet d'une analyse qui est présentée dans le volet 1 (9). Plus précisément, il s'agit des thèmes suivants : lieux physiques inclusifs, formulaires administratifs et formations de sensibilisation. Ces derniers étaient liés davantage à la culture organisationnelle de l'établissement.

Les thèmes principaux qui ont été extraits et qui font objet d'une analyse dans le présent avis d'évaluation sont : 1) les lieux physiques inclusifs, 2) les trajectoires de soins et de services (sous-thèmes : portes d'entrée, partenariats, cliniques spécialisées), 3) le soutien (sous-thèmes : des usager·ères trans et non binaires, des familles, des employé·es trans et non binaires), 4) le contexte rural, 5) les soins transaffirmatifs (sous-thèmes : hormonothérapie et chirurgies d'affirmation du genre). L'extraction et la synthèse des données ont été réalisées selon des thèmes émergents en lien avec l'organisation des soins et des services, ainsi qu'en fonction de l'itération des données, notamment des données contextuelles.

Les résultats présentés sont liés à l'organisation des soins et des services dans différents contextes internationaux (10 articles) et au Canada (10 articles). La version originale des citations traduites de l'anglais au français se trouve en [annexe XVII](#). Enfin, il est pertinent de souligner un point de vigilance important lié à la possibilité que des changements aient eu lieu dans l'organisation des soins et des services décrits dans les articles depuis leur publication, puisque le domaine de la santé trans a connu une importante évolution au cours des dernières années. Les données extraites de la version 8 des Standards de soins de la WPATH sont présentées dans la section 3.3.9.

3.3.1 LIEUX PHYSIQUES INCLUSIFS

Trois études qualitatives ont mentionné les lieux physiques. Selon l'étude d'Hinrichs *et al.*, la présence des salles de bain non genrées dans une clinique a eu des impacts positifs. Cette étude recommande de telles installations dans toutes les cliniques de première ligne (23). Selon Vermeir *et al.*, des participant·es ont d'ailleurs indiqué que l'absence de salles de bain neutres dans les institutions de santé constitue une barrière d'accessibilité aux soins, puisque certaines personnes trans évitent ces endroits (21). L'étude de Ross *et al.* mentionne que des environnements chaleureux et accueillants rendent l'expérience des usager·ères trans plus positive (26). Dans la revue systématique d'Heng *et al.*, trois études indiquent que des participant·es trans recommandent l'utilisation d'affiches ou de symboles transinclusifs dans les cliniques (39).

3.3.2 TRAJECTOIRES DE SOINS ET DE SERVICES

Il existe de nombreuses trajectoires de soins et de services d'affirmation du genre au sein des différents systèmes de santé. Celles-ci diffèrent selon le pays, la région géographique, l'évolution des pratiques dans le temps, le type d'établissement et les connaissances des professionnel·les de la santé dans le domaine de la santé trans. De plus, au sein d'une même région géographique, il peut y avoir différentes trajectoires possibles.

Des participant·es de plusieurs études incluses dans la recension systématique ont mentionné la difficulté de naviguer dans le système de santé en partie à cause du manque d'informations sur le parcours à suivre pour accéder aux soins transaffirmatifs (20,21,23,25,26,28,33). Dans l'étude de Blodgett *et al.*, des participant·es ont spécifié que l'absence d'un processus clair décrivant les différentes étapes pour l'obtention des soins transaffirmatifs constitue une des plus importantes difficultés auxquelles sont confrontées les personnes trans et non binaires en ce qui concerne les soins transaffirmatifs (20).

3.3.2.1 Portes d'entrée

Cette section traitera des portes d'entrée dans le système de santé pour accéder à des soins transaffirmatifs. Les partenariats entre les actrices clés impliquées dans le processus de transition ainsi que le modèle des cliniques spécialisées seront également abordés.

Le tiers des études incluses dans cette recension indique que les usager·ères trans et non binaires devaient d'abord consulter leur médecin de famille ou un·e médecin généraliste pour commencer leur parcours de transition médicale (20,25–30,36).

Dans la plupart des cas, ce médecin ne prenait pas en charge les soins et les services liés à la transition, mais référait plutôt la personne vers la deuxième ligne (25,26,28,30,36). Blodgett et al. ont signalé que la majorité des médecins de famille à Peterborough, une petite ville en Ontario, réfère leur clientèle trans et non binaire au Centre for Addiction and Mental Health (CAMH), à Toronto (20). Plusieurs médecins refuseraient de faire une lettre d'évaluation permettant aux usager·ères trans et non binaires d'accéder à une chirurgie d'affirmation du genre. Selon des participantes, cette pratique est contestable. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, en Ontario, permet depuis 2016 aux médecins de première ligne de faire une évaluation donnant accès à des chirurgies d'affirmation du genre.

Ainsi, une consultation avec un·e médecin de famille serait la principale porte d'entrée dans le système de santé pour la majorité des usager·ères trans et non binaires (20,25–30,36). Cela dit, le parcours ne s'arrêterait pas là pour plusieurs d'entre elle·eux, qui devraient par la suite naviguer dans le système de deuxième ligne et recevoir les services d'autres professionnel·les de la santé comme des endocrinologues et des chirurgien·nes.

Pour accéder aux services de transition offerts en deuxième ligne, une évaluation psychologique est souvent exigée par les médecins spécialistes, et ce, dans des établissements de différents pays et régions (30,33,36). En d'autres termes, les personnes trans et non binaires doivent consulter une psychologue, une psychothérapeute ou une personne spécialisée en santé mentale, lui demander de fournir une lettre attestant qu'elles ont besoin de faire une transition médicale et qu'elles sont prêtes à entamer le processus. Dans une étude de Ross et al., il est indiqué qu'une évaluation psychologique peut être réalisée par un·e médecin ou un·e infirmier·ère praticien·ne, depuis 2016, afin d'accéder aux services du Centre for Addiction and Mental Health (CAMH), en Ontario, où sont offerts des services de transition hormonale et des chirurgies d'affirmation du genre (26). Selon les auteur·rices de l'étude, depuis que cette pratique serait aussi réalisée par d'autres spécialistes que ceux·celles en santé mentale, il serait relativement plus rapide d'obtenir une évaluation psychologique.

Cette obligation de faire une évaluation psychologique et d'obtenir une lettre de recommandation pour accéder aux services de deuxième ligne a été critiquée par plusieurs participant·es trans et non binaires ayant participé aux études incluses de la recension, entre autres, parce qu'elle ralentit l'accès aux services. Par exemple, dans une étude réalisée à Seattle, aux États-Unis, des participant·es ont exprimé de la frustration quant au délai pour obtenir une évaluation psychologique donnant accès aux soins transaffirmatifs (36). La mère d'une usagère a fait part de son insatisfaction en ces termes :

Elle a commencé son parcours depuis un bon moment déjà, et il y a tellement de délais. Elle doit encore attendre avant d'avoir des consultations en santé mentale parce que le personnel est trop débordé. Et on doit passer toutes ces étapes avant de commencer quoi que ce soit. Je pense qu'il y a tant d'obstacles que c'est frustrant pour elle qui veut désespérément commencer l'hormonothérapie depuis longtemps. Et je ne sais pas à qui la référer.

Inwards-Breland *et al.* ont spécifié que les lignes directrices en matière de santé trans émises par la WPATH (version 7) n'obligent pas une évaluation psychologique des personnes trans pour l'accès à des soins d'affirmation du genre, mais que plusieurs professionnel·les de la santé continuent de l'exiger (36,40). Selon les auteur·trices de l'étude, cela peut constituer une barrière d'accessibilité aux soins transaffirmatifs pour certaines personnes.

Quelques études ont documenté des trajectoires différentes pour accéder à des soins d'affirmation du genre. Par exemple, Colvin *et al.* se sont intéressées au Youth Wellness Centre, une clinique spécialisée pour les jeunes en Ontario (32). Pour obtenir des services dans cette clinique, les jeunes (cisgenres, trans et non binares) pouvaient en faire la demande de leur propre initiative, sans demander préalablement de référence à un·e médecin de famille ou un·e professionnel·le de la santé. Cette option de l'« autoréférence » permettrait à certain·es jeunes, et en particulier à ceux·celles qui sont trans et non binares, d'obtenir des services sans se heurter à des barrières d'accessibilité. Plusieurs jeunes non cisgenres ont vécu de mauvaises expériences avec des médecins et d'autres professionnel·le·s de la santé, pouvant les amener à éviter de recevoir leurs services et à demander une référence pour une clinique spécialisée. Avec l'option de l'« autoréférence », ils·elles ont la possibilité d'être plus autonomes dans leurs démarches pour obtenir des services. Les auteur·trices de l'étude recommandent d'ailleurs que l'option de l'« autoréférence » soit offerte aux jeunes trans et non binares dans les autres cliniques spécialisées.

Une étude sur l'expérience d'accès aux soins d'affirmation du genre en Suède mentionne que certaines personnes trans et non binares accèdent d'abord à l'hormonothérapie par une voie non médicale, en se procurant des hormones illégalement (25). Des participant·es ont partagé avoir acheté des hormones sur le marché noir (par exemple, des produits importés de l'étranger par Internet), permettant ainsi de commencer leur transition hormonale sans devoir subir de délai d'attente pour consulter un·e médecin et sans se heurter aux différentes barrières d'accessibilité. Dans certains cas, cette initiative a été perçue comme un « signal » prouvant le sérieux de la démarche par l'équipe médicale, qui a alors accéléré le processus pour l'accès à un·e médecin ou un·e professionnel·le de la santé prenant en charge la transition hormonale. Ainsi, une hormonothérapie amorcée sans supervision médicale pourrait devenir, dans certains cas, une porte d'entrée vers une prise en charge médicale.

En résumé, la recension systématique a permis d'identifier qu'une consultation avec un·e médecin de famille ou généraliste serait la porte d'entrée principale pour accéder aux soins transaffirmatifs. Par la suite, dans la majorité des cas, cette médecin·e réfère l'usager·ère en deuxième ligne pour des soins d'affirmation du genre, notamment de l'hormonothérapie et des chirurgies. En plus de fournir une référence de leur médecin de famille, les usager·ères trans et non binares doivent, le plus souvent, faire une évaluation psychologique pour accéder aux services de deuxième ligne, une obligation critiquée par plusieurs participant·es des études, car celle-ci constitue souvent une barrière à l'accessibilité en deuxième ligne. Cela dit, il existe des trajectoires différentes, dont l'une qui permet à l'usager·ère de se référer lui·elle-même en deuxième ligne.

3.3.3 CENTRE DE RÉFÉRENCE

Selon les participant·es de l'étude de Ziegler *et al.*, il faudrait privilégier une intégration des soins et des services de transition au sein des cliniques et des hôpitaux offrant des services à la population générale (37). À leur avis, cette intégration permettrait de faciliter l'accès aux personnes trans et non binares,

particulièrement celles vivant à l'extérieur des centres urbains. Des médecins de famille interviewées dans cette étude ont d'ailleurs indiqué que cette intégration serait facilement réalisable.

L'article de Delahunt *et al.* souligne des lacunes quant à la collaboration entre les différentes spécialités (30). Dans cette étude, 17 médecins spécialistes interviewées ont exprimé le désir qu'il y ait une plus grande multidisciplinarité au sein des cliniques spécialisées pour les personnes trans et non binaires. Qui plus est, 11 médecins spécialistes ont partagé leur frustration par rapport au manque de soutien de la part de professionnelles de la santé des autres spécialités, en particulier des personnes formées en santé mentale. Les auteur-trices recommandent la création de cliniques de troisième ligne dans certaines régions de la Nouvelle-Zélande afin de mieux répondre aux besoins croissants des usager-ères trans. Ces cliniques pourraient, entre autres, offrir des services consultatifs aux professionnelles de la santé et une collaboration entre des spécialistes de deuxième ligne.

3.3.4 PARTENARIATS

Certaines études incluses dans la recension systématique traitent de partenariats et de la collaboration entre différentes actrices clés dans l'organisation des soins et des services d'affirmation du genre. Ces partenariats prennent diverses formes, que ce soit entre les professionnelles de la santé de première et de deuxième ligne; entre les professionnelles de la santé et des services sociaux ou en santé mentale (par exemple, les sexologues et les psychologues); entre les usager-ères trans et non binaires et les professionnelles de la santé; et entre les familles de ces usager-ères et les professionnelles de la santé. Toutefois, la question d'un partenariat entre des organismes communautaires et des établissements de santé n'est pas été abordée dans les études retenues.

Les différents partenariats recensés dans la revue de la littérature seront abordés dans cette section. Il sera également question des lacunes dans les partenariats décrits dans les études de la recension. Comme mentionné dans la sous-section sur les portes d'entrée menant aux soins transaffirmatifs, plusieurs professionnelles de la santé de première ligne font appel à des spécialistes de deuxième ligne en leur référant les usager-ères trans et non binaires pour certains soins transaffirmatifs (par exemple, l'hormonothérapie) (25,26,28,30,36). Plusieurs médecins de famille dirigent également les usager-ères vers des spécialistes en santé mentale ou en santé sexuelle (par exemple, psychologues, sexologues ou psychiatres) pour qu'ils-elles leur demandent une lettre de recommandation leur donnant accès aux soins d'affirmation du genre ou à du soutien psychologique (30,33,36).

Une étude souligne une stratégie déployée par une clinique pour faciliter le parcours de transition de jeunes trans et non binaires (36). À la Seattle Children's Gender Clinic (SCGC), une clinique spécialisée aux États-Unis, l'équipe multidisciplinaire est composée d'une travailleuse sociale (appelée *care navigator*). Cette dernière est responsable d'accueillir les familles, de les soutenir dans leurs démarches de transition médicale et légale ainsi que de les orienter vers les ressources les plus adaptées à leurs besoins. Un des mandats de cette travailleuse sociale est de référer les jeunes ou les familles ayant un besoin de soutien psychologique à des thérapeutes travaillant hors de la clinique spécialisée. Ainsi, il existe une forme de partenariat entre la SCGC et ces professionnelles en santé mentale.

Un article a évalué un programme de téléconsultation offert par une équipe multidisciplinaire et destiné aux professionnelles de la santé de première ligne aux États-Unis (34). Bien que l'article ne se concentre pas sur la multidisciplinarité de l'équipe de consultation ou sur la collaboration entre la première ligne et la deuxième ligne, il est mentionné que les participantes ont apprécié que la consultation soit traitée par

une équipe multidisciplinaire spécialisée en santé trans. Ces personnes spécialistes ont été considérées comme des « coaches » par les participantes, qui disent avoir reçu de l'information utile, à jour et compréhensible. Selon les personnes interviewées, il serait toutefois important que ce programme soit davantage connu et plus accessible aux professionnelles de première ligne, dont plusieurs ignorent son existence.

L'étude d'Hudson comparant les cliniques spécialisées pour les personnes lesbiennes, gaies, bisexuelles, transgenres (LGBT) avec les cliniques pour la population générale souligne les avantages de la multidisciplinarité au sein des établissements de santé (24). Sept participantes de l'étude ont mentionné qu'elles appréciaient que les cliniques spécialisées pour les personnes LGBT offrent à la fois des services pour la santé physique et la santé mentale. Ainsi, les personnes trans et non binaires semblent bénéficier d'une organisation de soins et de services favorisant les partenariats et la multidisciplinarité.

Les données recueillies sur la collaboration entre les usageres trans et non binaires et les professionnelles de la santé montrent une certaine hétérogénéité dans les perceptions et les préférences. Certaines personnes trans et non binaires disent apprécier le dialogue avec leur médecin concernant leurs soins et n'ont pas d'objection à leur donner des informations en matière de santé trans (21,23). Cependant, la majorité des participantes souhaite que les professionnelles de la santé soient mieux formées en santé trans et ne veut pas porter le fardeau d'éduquer leur médecin. En d'autres termes, elles souhaitent, pour la plupart, participer au processus décisionnel par rapport à leurs traitements tout en ayant des informations médicales de qualité leur permettant de faire des choix éclairés (21-26,36). Ainsi, selon plusieurs personnes trans et non binaires ayant participé aux études, il serait préférable que la relation soit participative plutôt qu'hierarchique.

L'étude d'Hinrichs *et al.* est particulièrement pertinente concernant la collaboration entre les usageres et les professionnelles de la santé (23). Les participantes de cette étude ont été invitées à décrire leur vision d'une organisation des soins optimale pour les personnes trans et non binaires. À leur avis, l'idéal serait que les connaissances, les perspectives et l'expérience des usageres soient prises en considération par les professionnelles de la santé. Des participantes ont également mentionné apprécier quand elles avaient l'impression d'être intégrées dans l'équipe médicale lors des décisions quant aux traitements.

Des participantes de l'étude de Carlile ont souligné des lacunes à propos des partenariats au Royaume-Uni en matière de soins et de services de transition (22). Par exemple, des parents ont mentionné que leur expertise parentale était peu prise en considération par les professionnelles de la santé; elles auraient aimé être davantage entendues. Des parents ont relaté avoir reçu des conseils allant à l'encontre de leur lecture sur les meilleures pratiques de la part de professionnelles de la santé, ce qui a engendré de la confusion et de la frustration. Par ailleurs, des participantes ont déploré un manque de collaboration entre le milieu de soins et le milieu scolaire. À leur avis, les jeunes trans et non binaires bénéficieraient d'une collaboration entre la direction de leur école et les professionnelles de la santé en charge de leurs soins. Ces dernières pourraient épauler la direction et les professeurs dans l'intégration d'une jeune trans et la compréhension de ses besoins. De plus, des jeunes trans ayant participé à l'étude ont mentionné que des professeurs ne semblaient pas bien comprendre leur réalité. Elles ont dit que la diversité sexuelle et de genre n'était pas abordée dans leur école, ce qui a nui à leur parcours. Finalement, les auteures recommandent une plus grande collaboration entre les usageres (et leur famille) et les professionnelles de la santé :

Toutes ces idées démontrent que les professionnelles de la santé doivent intégrer les voix des usager·ères et de leur famille dans leurs recherches et leurs pratiques. Elles doivent les reconnaître en tant que partenaires dans un traitement ou un plan de soutien réussi, au besoin, et en tant qu'expertes, du moins concernant leur propre vie.

L'article de Delahunt *et al.*, s'intéressant aux services de deuxième ligne offerts aux personnes trans et non binaires en Nouvelle-Zélande, traite des lacunes de la collaboration et du partenariat entre les différentes spécialités (30).

Ziegler *et al.* ont aussi fait ressortir des lacunes dans l'organisation des services de première ligne pour les personnes trans et non binaires (37). Parmi les participant·es de cette étude, plusieurs ont indiqué travailler de façon indépendante et ne pas connaître le rôle des autres professionnelles travaillant dans le même établissement. Ce constat amène les auteur·rices de l'étude à recommander que le personnel connaisse mieux les rôles des professionnelles travaillant dans le même établissement pour identifier des situations où la collaboration, la consultation et le référencement seraient nécessaires. Une telle initiative permettrait de s'assurer que des soins de qualité sont offerts par « la bonne personne, au bon moment ». De plus, à leur avis, une plus grande collaboration entre les différentes professionnelles de la santé pourrait faire ressortir certaines lacunes dans les soins offerts aux personnes trans et non binaires, et ultimement, donner des pistes permettant de combler ces lacunes.

En résumé, il existe de multiples formes de partenariat et de collaboration en santé trans, notamment entre les professionnelles de la santé de première ligne et de deuxième ligne, et entre les professionnelles de la santé et les usager·ères ainsi que leur famille. Cependant, selon les données recueillies, il y aurait des lacunes dans ces partenariats. Ceux-ci auraient avantage à être optimisés pour mieux outiller les différentes professionnelles travaillant auprès de personnes trans et non binaires. De plus, des partenariats entre les usager·ères, les proches-aidant·es et les professionnelles de la santé pourraient contribuer à l'amélioration des soins et des services offerts.

3.3.5 CLINIQUES SPÉCIALISÉES

Certains articles inclus dans la recension ont abordé le sujet des cliniques spécialisées en santé trans. Celles-ci offrent des soins et des services spécifiquement aux personnes trans et non binaires. Certains pays et régions privilégient une organisation des soins de type clinique spécialisée, tandis que d'autres offrent plutôt des services en première ligne, dans des cliniques et des hôpitaux non spécialisés en santé trans, où travaillent des professionnelles de la santé généralistes.

Des auteur·rices ont souligné les avantages et les désavantages des cliniques spécialisées en santé trans en comparaison aux soins et aux services de première ligne offerts par des généralistes, et ont émis leurs recommandations pour une meilleure organisation des soins et des services pour les personnes trans et non binaires.

Ziegler *et al.*, dans une étude avec méthodes mixtes sur le système de santé ontarien, ont analysé trois modèles de prestation de soins et de services : une clinique fonctionnant avec le principe de rémunération à l'acte; une clinique multidisciplinaire de santé familiale; et un centre de santé communautaire regroupant plusieurs professionnelles de la santé et des services sociaux (37). Les trois modèles analysés offrent des services spécialisés de première ligne aux personnes trans et non binaires en Ontario. Ces trois institutions spécialisées en santé trans présentent l'avantage d'être des lieux inclusifs et sécuritaires pour les personnes issues de la diversité de genre (par exemple, les employé·es

doivent respecter les noms et les pronoms usuels des usager·ères; et il y a des salles de bain non genrées ainsi que des affiches prônant le respect envers la diversité sexuelle et de genre au sein de l'établissement), ce qui est apprécié par les usager·ères.

Inwards-Breland *et al.* se sont intéressées aux services offerts par une clinique pédiatrique multidisciplinaire, la Seattle Children's Gender Clinic (SCGC), située dans l'État de Washington, aux États-Unis (36). Dans cette clinique, spécialisée pour les jeunes trans et non binaires, travaillent des médecins, des endocrinologues, des psychologues, des infirmier·ères, des travailleuses sociales et des assistantes médicales. L'évaluation des services réalisée auprès de jeunes usager·ères et de leurs parents ou tuteur·trices a montré un taux de satisfaction élevé. La majorité des répondant·es s'est dite très satisfaite ou extrêmement satisfaite de l'expérience de soins à la SCGC (96 % des parents ou des tuteur·trices; 94 % des jeunes) et a estimé que la clinique facilitait l'accès aux soins et aux services (97 % des parents ou des tuteur·trices; 94 % des jeunes). De plus, 96 % des parents ou des tuteur·trices et 100 % des jeunes ont considéré avoir reçu un soutien adéquat de la part des personnes travaillant dans cette clinique. Enfin, 93 % des parents ou des tuteur·trices et 100 % des jeunes ont trouvé que l'information fournie était suffisante.

Une étude qualitative sur les expériences du système de santé par des femmes trans racisées à New York, aux États-Unis, corrobore ces résultats (24). Cette étude a comparé les expériences de femmes trans racisées ayant reçu des soins et des services de santé dans des cliniques spécialisées pour les personnes LGBT avec celles dans des cliniques non spécialisées pour cette population. Les participantes ont mentionné ne pas avoir vécu de discrimination en lien avec leur identité de genre dans les cliniques spécialisées, contrairement aux cliniques non spécialisées, où certaines parmi elles ont été mégenrées ou se sont fait poser des questions témoignant de préjugés envers les personnes trans. Selon ces participantes, les professionnel·les de la santé œuvrant dans des cliniques spécialisées avaient généralement davantage de connaissances en santé trans que ceux·celles travaillant dans les cliniques et les hôpitaux pour la population générale, comme l'illustre l'extrait suivant : « Ils-elles savent à peu près ce que je veux. Je n'ai pas à dire : "Je suis trans. J'ai besoin d'hormones et de chirurgies." Avec d'autres médecins, je dois répéter ou recommencer du début pour qu'ils-elles comprennent. »

Ainsi, selon les données recueillies, un des points forts des cliniques spécialisées en santé trans est qu'elles sont sécuritaires pour les personnes trans et non binaires. De plus, les professionnel·les de la santé y travaillant auraient reçu des formations sur la santé trans, contrairement à plusieurs professionnel·les de la santé travaillant en première ligne dans des cliniques et des hôpitaux non spécialisés. D'ailleurs, des participantes à l'étude de Ziegler *et al.* ont indiqué ne pas avoir abordé les enjeux de santé trans au cours de leurs études, mais seulement lors d'activités de formation continue ou de formations offertes par l'organisation où ils-elles travaillent (37).

Un des désavantages des cliniques spécialisées serait qu'elles se trouvent majoritairement dans des centres urbains ou des grandes villes, ce qui corrobore les enjeux d'accessibilité pour les personnes vivant en milieu rural. En effet, une étude qualitative portant sur les barrières d'accès aux services de santé de première ligne en contexte rural ontarien – à Peterborough, une petite ville près de Toronto – a révélé que les personnes trans en milieu rural connaîtraient de plus longs délais d'attente avant d'obtenir des services liés à la transition (20). Il en serait ainsi parce que cela prendrait plus de temps à trouver une professionnel·le de la santé qui a des connaissances en matière de soins transaffirmatifs dans leur région. Il est important de mentionner que les participant·es (comprenant des personnes trans et des professionnel·les de la santé) ont spécifié qu'ils-elles préféreraient que toute la première ligne soit

outillée pour répondre à leurs besoins, et pas seulement une clinique spécialisée, ce qui rendrait les services plus accessibles. Voici une citation d'une participante qui exprime cette opinion :

Quand j'essayais de m'inscrire pour obtenir une chirurgie au haut du corps, on m'a souvent dit que je devrais plutôt simplement aller au CAMH. Mais je travaille à temps plein... En plus, j'aurais eu à faire plusieurs allers-retours pour me rendre aux rendez-vous... Ça n'a pas de sens, surtout que la législation en vigueur stipule que les médecins de première ligne devraient fournir ces services.

En d'autres termes, l'organisation des services privilégiant les cliniques spécialisées entraînerait certains enjeux pour les personnes trans (dont des coûts de transport et des délais) et déresponsabiliserait les médecins. Parmi ces médecins, certain-es diraient ne pas être expert-es ou ne pas avoir suffisamment de connaissances en santé trans pour bien les accompagner. Ils-elles référerait les usager-ères à des médecins spécialistes plutôt que s'informer sur la santé trans et suivre des formations sur le sujet. Une option évoquée par une participante pour améliorer la situation serait qu'il y ait au moins un-e médecin ayant ces connaissances dans chaque centre familial (l'équivalent d'un GMF au Québec) (20).

Selon les participantes à l'étude de Ziegler *et al.*, il faudrait privilégier une intégration des soins et des services de transition au sein des cliniques et des hôpitaux offrant des services à la population générale (37). À leur avis, cette intégration permettrait de faciliter l'accès aux personnes trans et non binaires, particulièrement celles vivant à l'extérieur des centres urbains. Des médecins de famille interviewés lors de cette étude ont indiqué que cette intégration serait facilement réalisable : « C'est assez facile d'intégrer des soins de santé trans en première ligne, je crois... parce que la transition médicale est assez simple » et « Les aspects médicaux de ces soins ne sont pas tellement compliqués. Ils ne sont pas à l'extérieur du champ de pratique d'un-e médecin de famille. »

Un autre enjeu lié aux cliniques spécialisées est soulevé dans une étude qualitative traitant des expériences des enfants trans et non binaires et de leurs parents dans le système de santé en Angleterre, au Royaume-Uni (22). Les enfants trans et non binaires ayant des besoins non liés à la transition – par exemple, des enfants trans et non binaires ayant un trouble du spectre de l'autisme (TSA) – auraient de la difficulté à obtenir des services adéquats au sein des cliniques spécialisées en santé trans. De plus, ces enfants subiraient de plus longs délais d'attente avant d'obtenir des soins. Dans ce contexte, les services ultraspecialisés ne semblent pas propices à la multidisciplinarité, en raison du manque de connaissances des particularités d'un individu. Une des participant-es à l'étude a souligné que les enfants trans et non binaires bénéficieraient d'une collaboration multidisciplinaire entre les professionnelles de la santé.

Cette problématique est également nommée dans l'étude d'Hudson, décrite précédemment (24). Des participant-es ont mentionné certains enjeux de santé de première ligne, non liés au genre et à la transition, moins connus des médecins dans les cliniques spécialisées pour les personnes LGBT. Par exemple, une personne a mentionné qu'elle avait reçu peu d'informations sur l'épilepsie, dont elle est atteinte. De plus, les médecins ignoraient les ressources disponibles pour qu'elle puisse obtenir des services adéquats. Dans une étude qualitative sur les expériences d'accès aux procédures médicales d'affirmation du genre d'usager-ères trans en Suède (25), des participant-es ont dit que, même dans des cliniques spécialisées pour les personnes trans, les professionnelles de la santé n'avaient pas pu répondre à certaines questions. Par exemple, un homme trans n'aurait pas pu obtenir de soutien professionnel pour la planification d'une grossesse.

Les délais d'attente avant d'accéder aux services dans les cliniques spécialisées représentent un autre enjeu, comme l'ont abordé des participantes à l'étude d'Inwards-Breland *et al.* (36). Si les usager·ères et leurs parents se disaient satisfait·es des services reçus, ils·elles n'ont pas apprécié de devoir attendre plusieurs mois avant d'obtenir une consultation avec des spécialistes. Ils·elles ont trouvé trop long le temps d'attente avant d'obtenir une prescription pour une hormonothérapie.

En résumé, les cliniques spécialisées en santé trans présentent certains avantages par rapport aux établissements de santé non spécialisés, notamment d'offrir des espaces sécuritaires et inclusifs pour les personnes trans et non binaires, et de mieux former les professionnel·les de la santé en matière de soins transaffirmatifs. Toutefois, la recension systématique a aussi souligné des inconvénients liés à une organisation des services dans les cliniques spécialisées. Il y aurait des barrières d'accessibilité pour y obtenir des services, notamment la distance géographique et les délais d'attente. De plus, certaines professionnel·les de la santé travaillant dans les cliniques spécialisées n'auraient pas les connaissances suffisantes pour répondre aux besoins de première ligne, non liés à la transition médicale, d'usager·ères trans. Un résumé des avantages et des désavantages des cliniques spécialisées est présenté à l'[annexe XVIII](#).

Les recommandations tirées des articles inclus dans la recension visent majoritairement la formation de toutes les professionnel·les de la santé en première ligne, y compris ceux·celles qui travaillent dans des cliniques et des hôpitaux offrant des soins et des services à la population générale. Ainsi, les personnes trans et non binaires pourraient recevoir des soins et des services adéquats et sécuritaires au sein des établissements de santé non spécialisés en santé trans.

3.3.6 SOUTIEN

Cette section aura pour sujet le soutien offert aux usager·ères trans et non binaires, à leur famille et aux membres du personnel qui travaillent auprès de cette population. Les bénéfices associés au soutien seront abordés, ainsi que les lacunes en matière de soutien, telles que soulignées dans certains articles.

3.3.6.1 Soutien des usager·ères

Les données recueillies dans plusieurs articles de la recension systématique montrent que le soutien est bénéfique pour les usager·ères trans et non binaires, en leur permettant, entre autres, de naviguer plus facilement dans le système de santé pour obtenir les soins souhaités.

Les participantes à l'étude de Ross *et al.* ont souligné l'importance des groupes de soutien dans leur parcours de soins (26). Ces groupes leur ont permis de rencontrer d'autres personnes trans et d'échanger avec elles sur les services et les programmes disponibles en matière de santé trans. Elles ont également pu partager des informations sur les professionnel·les de la santé ayant une approche transaffirmative. De plus, les participantes ont mentionné le soutien reçu dans les réseaux sociaux et les groupes de discussion réservés aux personnes trans et non binaires. Ces réseaux informels leur ont permis d'accéder à des informations et des ressources dont ils·elles ignoraient l'existence par le biais du réseau de la santé.

L'importance du soutien offert dans les réseaux informels a aussi été soulignée dans un article de Clark *et al.* (35). Les participantes ont signalé des lacunes dans le système de santé quant aux informations disponibles sur les soins d'affirmation du genre. Plusieurs ont réussi à accéder aux informations par le biais de groupes de soutien et de communautés en ligne.

L'article de Blodgett *et al.* indique que le soutien offert par les pairs était un des facteurs favorisant la résilience des personnes trans et non binaires (20). Les participantes de l'étude ont dit avoir bénéficié du soutien de leurs amies et de communautés en ligne (par exemple, sur Reddit). Le soutien reçu aurait atténué les effets des expériences négatives vécues lors du parcours de soins, ce qui aurait contribué à leur bien-être général. De même, il semble bénéfique pour les personnes trans et non binaires d'obtenir du soutien de la part d'autres personnes ayant fait une transition. Ces dernières peuvent leur servir de mentors et les guider dans leur parcours de soins (26), comme l'illustre cette citation :

Lorsque j'ai commencé ma transition, j'ai rencontré quelques amies qui sont devenues des mentors pour moi. Elles avaient amorcé leur transition depuis un bon moment. En fait, elles vivaient complètement en tant que femmes depuis quelque temps et elles m'ont donné plusieurs conseils.

Quelques articles traitent du soutien offert par les parents, lequel serait un autre facteur de résilience selon Blodgett *et al.* (20). Dans leur étude, des participantes ont mentionné que l'accompagnement offert par leurs parents les avait aidées à surmonter les obstacles se trouvant sur leur parcours de soins. Voici un extrait qui en témoigne :

J'avais un parent qui me soutenait beaucoup et qui était prêt à leur parler et faire des recherches avec moi, me reconduire aux rendez-vous, payer pour les médicaments, et m'accompagner dans tout ça. Si je ne l'avais pas eu, je ne sais même pas où je serais maintenant.

Selon Blodgett *et al.*, le soutien parental et des pairs contribueraient également à l'autonomisation des usager·ères trans (20).

En contrepartie, l'absence de soutien parental a été décrite comme une barrière d'accès aux soins d'affirmation du genre dans un article de Clark *et al.* (29) sur l'expérience de jeunes non binaires. Les résultats de l'étude révèlent que les jeunes non binaires qui ne reçoivent pas de soutien parental ont moins accès aux traitements hormonaux, comme le montre cette citation d'une participante : « Je suis fluide dans le genre. Bien que j'aie pensé à l'hormonothérapie, mon père ne l'aurait jamais permise. »

En ce qui concerne les lacunes en matière de soutien, l'absence de soutien psychosocial durant les traitements et l'attente pour accéder aux soins de transition médicale est considérée problématique par les participantes aux études de la recension systématique d'Heng *et al.* (39). De plus, l'absence d'un suivi psychosocial à la suite des traitements a été vécue difficilement par les usager·ères trans. Linander *et al.* ont également souligné le besoin de soutien psychosocial durant le parcours de transition (25).

Ainsi, la recension systématique a souligné l'importance du soutien offert aux usager·ères trans et non binaires. Non seulement le soutien contribuerait à leur bien-être, mais il leur permettrait de naviguer avec plus de facilité dans le système de santé pour obtenir les soins désirés. En revanche, l'absence de soutien avant la transition médicale ainsi que l'absence de suivi après les traitements seraient éprouvantes pour ces usager·ères.

3.3.6.2 Soutien des familles

Il est peu question du soutien apporté aux familles d'usager·ères trans et non binaires dans les articles de la recension systématique. L'étude de Carlile, dont les résultats s'appuient sur des entrevues réalisées auprès de jeunes trans et non binaires et de leurs parents, souligne l'importance du soutien

offert aux familles (22). Selon les parents interviewées, il est essentiel que les parents aient le soutien et les informations nécessaires pour pouvoir bien accompagner leur enfant à travers le parcours de transition. Voici d'ailleurs une citation qui résume cette idée : « Pour les jeunes personnes trans, le soutien de la famille est d'une importance capitale pour l'acceptation, l'aide, le soutien et l'amitié. Toutes doivent être unies et bien informées. »

Parmi les solutions envisagées pour offrir un meilleur accompagnement aux familles, une mère ayant participé à l'étude a indiqué que des services de soutien psychologique devraient être offerts à toute la famille, y compris à la fratrie et aux parents. Un père a formulé la suggestion suivante : « Des recherches devraient être menées sur la santé mentale des parents de jeunes trans et non binaires. ». Selon lui, les parents sont considérés par les professionnelles de la santé simplement comme des personnes allant reconduire leur enfant à leur rendez-vous, alors qu'ils sont en fait partie prenante du processus. Il ajoute : « Nous sommes des patients aussi. »

Un exemple concret de soutien apporté aux familles a été présenté dans l'article d'Inwards-Breland *et al.* (36). À la Seattle Children's Gender Clinic (SCGC), une infirmière, appelée *care navigator* est responsable d'aider les familles à naviguer dans le système de santé ainsi que de leur donner des informations et des ressources pour les soutenir dans leur parcours de transition médicale et légale. Les entrevues réalisées auprès de parents ont montré qu'un tel soutien était fortement apprécié et utile.

Somme toute, il y a peu d'informations sur le soutien des familles dans les articles inclus dans la présente recension systématique. Cela dit, il est mentionné dans quelques études que le soutien des familles s'avère important, tant pour la fratrie que pour les parents et les usager·ères, et qu'un meilleur accompagnement aux familles devrait être offert par les établissements de santé.

3.3.6.3 Soutien des membres du personnel

Dans certains articles inclus de la recension, le manque de formation et de ressources pour les personnes travaillant auprès d'usager·ères trans et non binaires a été soulevé. Par exemple, dans l'article de Ross *et al.*, des professionnel·les de la santé interrogées ont relaté avoir eu très peu d'informations sur la santé trans durant leurs études, comme le résume cette citation (26) :

Je ne crois pas que ma formation était très bonne dans ce domaine (soins aux personnes trans). Je pense qu'il y avait un cours optionnel que j'ai suivi à la maîtrise et que le manuel du cours portait sur « les soins respectueux envers les gais et lesbiennes », et c'est tout. Il n'y avait aucune sensibilisation à la réalité trans dans ma formation scolaire.

Les lacunes dans les connaissances en santé trans peuvent être comblées, en partie, par du soutien offert aux membres du personnel. L'article de Ziegler *et al.* mentionne que des professionnel·les de la santé ayant participé à leur étude ont trouvé bénéfique de recevoir des services offerts par un centre de santé communautaire, le Rainbow Health Ontario (37). Voici la citation d'un médecin qui aborde ce sujet :

Rainbow Health Ontario offre une téléconférence hebdomadaire à laquelle les professionnel·les de la santé peuvent participer et poser des questions spécifiques ou générales, ou s'informer auprès du groupe et apprendre ce qui se passe dans la communauté en général. C'est une autre excellente ressource.

L'article de Blodgett *et al.* souligne une situation problématique vécue par des professionnelles de la santé de première ligne en milieu rural (plus précisément à Peterborough, en Ontario) (20). Selon les participantes de l'étude, peu de professionnelles de la santé ont des connaissances en santé trans hors des centres urbains, et peu de médecins de famille acceptent de prendre en charge l'hormonothérapie des usager·ères trans et non binaires. En conséquence, quelques professionnelles de la santé offrent des soins transaffirmatifs en milieu rural et prennent en charge plusieurs usager·ères trans et non binaires. Cependant, ces professionnelles ne bénéficient pas du soutien d'autres professionnelles de la santé ayant des connaissances sur le sujet. Dans ce contexte, selon un médecin de famille interviewé, la charge de travail est lourde et « épuisante ». À son avis, il devrait y avoir davantage de professionnelles de la santé offrant des soins de transition dans les petites villes, ce qui diminuerait la charge de travail et éviteraient l'épuisement professionnel de celles·ceux qui offrent actuellement ces services.

En résumé, le soutien semble être un facteur déterminant pour le bien-être des professionnelles qui travaillent auprès de cette population. La recension systématique a permis de relever différentes lacunes en matière de soutien, dont un manque de formation et de ressources pour soutenir les professionnelles de la santé.

3.3.7 CONTEXTE RURAL

Certains articles inclus dans la recension systématique ont traité du contexte rural en lien avec la santé trans, puisque le fait de vivre en région rurale peut avoir une incidence sur le parcours de soins des personnes trans et non binaires. En effet, des auteur·rices ont mentionné que les personnes qui résident en région éloignée auraient plus de difficulté à obtenir des soins et des services en lien avec les soins transaffirmatifs que ceux·celles vivant dans les grands centres urbains (20,21,35). En d'autres termes, le fait de vivre en région éloignée constituerait une barrière d'accès pour certaines personnes souhaitant faire une transition médicale.

L'étude mixte de Clark *et al.* (35) portant sur les barrières d'accès aux soins et aux services de transition pour les jeunes trans et non binaires au Canada, aborde l'accessibilité des soins en milieu rural, entre autres. Les résultats de l'étude ont révélé que la distance était une barrière d'accès, puisque la plupart des services sont offerts dans les centres urbains. Ainsi, bien que les services devraient être accessibles pour tou·tes partout au Canada, cela ne veut pas dire que les professionnelles de la santé sont formées dans toutes les régions géographiques. Il est important de noter que des participantes ont dû se tourner vers des hormones sans prescription pour pallier le manque de services offerts en milieu rural, ce qui pourrait représenter certains risques pour la santé, à défaut de suivi médical.

De plus, une étude qualitative sur les barrières d'accès aux services de santé de première ligne à Peterborough (une petite ville en Ontario) a montré que les personnes trans en milieu rural subissaient de longs délais d'attente avant d'obtenir des services liés à la transition (20). Ainsi, comme conséquence au manque de professionnelles de la santé ayant des connaissances en santé trans dans leur région, les usager·ères trans devraient patienter plus longtemps avant d'obtenir des services ou se déplacer dans un centre urbain (dans leur cas, à Toronto).

Une recension systématique réalisée par Heng *et al.*, portant sur les perspectives des personnes trans dans le système de santé, a obtenu des résultats semblables par rapport aux enjeux géographiques (39). Cinq études incluses dans cette recension ont indiqué que des usager·ères trans avaient à parcourir de

longues distances pour obtenir une consultation avec une professionnelle perçue comme compétente et non transphobe plutôt que de recevoir des services plus près, mais inadéquats.

Selon une étude mixte portant sur l'implantation de soins et de services de première ligne pour les personnes trans en Ontario dans trois modèles d'institutions, le manque de professionnelles de première ligne formées en santé trans dans un contexte rural est un enjeu (37). Deux institutions faisant l'objet de l'étude se trouvent dans des milieux urbains, de taille moyenne, à l'extérieur d'un grand centre urbain. Sans ces institutions, les personnes trans devraient se déplacer plus loin pour obtenir des services adéquats. Parmi les professionnelles de la santé interviewées au cours de l'étude, plusieurs ont affirmé avoir décidé de travailler dans une institution hors d'un grand centre urbain afin de pallier le manque de services et d'accessibilité aux soins de première ligne offerts aux personnes trans dans leur région.

Dans une étude qualitative en lien avec les barrières d'accès aux soins et aux services de transition en Nouvelle-Écosse, les participantes ont souligné qu'il y avait davantage de discrimination envers les personnes trans dans le système de santé en milieu rural qu'en milieu urbain (21). Selon les auteur·trices, un accès à des services de qualité hors des centres urbains permettrait d'enrayer les inégalités entre les personnes trans vivant en milieu rural et en milieu urbain. La confidentialité est un autre enjeu rencontré par certaines personnes trans en milieu rural. Une personne ayant participé à l'étude mentionne qu'elle craint que la confidentialité de son identité de genre soit brisée si elle obtient des services dans sa région :

J'habite dans une ville de 15 000 habitantes... Tout le monde se connaît. J'hésite beaucoup [à dire que je suis trans] parce que je pourrais connaître l'infirmière. Je pourrais avoir rencontré cette personne des années auparavant et devoir me présenter de nouveau. Je redoute ça chaque fois parce que je sais que, tôt ou tard, les gens seront mis au courant. ... Il m'est arrivé plus d'une fois que mon identité de genre soit divulguée à la suite d'une visite dans un hôpital ou une clinique (homme transmasculin, âgé entre 25 et 33 ans).

Ainsi, le manque de confidentialité peut représenter une autre barrière d'accès aux services pour les personnes trans et non binaires vivant hors des centres urbains.

L'article de Blosnich *et al.* (34) évalue un programme de téléconsultation offert aux vétérans trans aux États-Unis. Ce programme permet aux médecins de première ligne de consulter une équipe multidisciplinaire spécialisée sur des questions liées à la santé des personnes trans. Il vise, entre autres, l'accessibilité aux informations et le soutien aux praticien·nes en milieu rural pour les outiller à répondre aux usager·ères qui les consultent dans leur région. Le programme pourrait également réduire les barrières d'accès aux soins de santé trans en permettant des consultations avec une professionnelle de leur région, plutôt que de se déplacer et défrayer les coûts occasionnés par le transport. Selon les professionnelles de la santé participant au sondage de cette étude, ce programme de téléconsultation facilite l'accès aux soins et aux services des personnes trans en milieu rural. Certaines ont mentionné qu'il s'agissait de la seule ressource disponible dans leur région. Cependant, certaines recommandations fournies dans l'outil électronique ne seraient pas adaptées à la réalité rurale, selon des participantes :

Certaines professionnelles de la santé en milieu rural n'étaient pas en mesure de suivre les recommandations parce que les ressources nécessaires n'étaient pas disponibles dans leur région, et que le programme ne leur permettait pas d'accéder à ces ressources.

Comme les auteur-trice-s l'indiquent, une formation sur la santé trans devrait être fournie aux professionnelles de première ligne, et un programme de téléconsultation ne pourrait pas remplacer à lui seul une telle formation.

En résumé, les résultats obtenus dans les études incluses de cette recension systématique indiquent que les personnes trans et non binaires en milieu rural obtiennent plus difficilement des soins et des services en lien avec la transition. Elles doivent, dans certains cas, se déplacer dans les centres urbains pour accéder aux services. Cette situation engendre des coûts, notamment en lien avec le transport et l'absentéisme au travail. Les personnes obtenant des soins et des services dans leur région doivent souvent composer avec des délais d'attente plus longs, vu la rareté des médecins généralistes ayant des connaissances en santé trans. Elles peuvent aussi être confrontées à des enjeux de confidentialité, c'est-à-dire de risquer que leur identité de genre soit divulguée sans leur consentement à d'autres personnes vivant dans la même région. De plus, la qualité des soins et des services obtenus en milieu rural serait moindre qu'en milieu urbain.

3.3.8 SOINS TRANSAFFIRMATIFS

La recension des écrits a permis de constater que le rôle des professionnelles de première ligne varie d'un pays et d'une région à l'autre en matière de soins transaffirmatifs. Dans certains pays, les professionnelles doivent prendre en charge le traitement hormonal des usager-ères trans, alors qu'ailleurs, ils-elles doivent référer leurs patientes à des professionnelles de deuxième ligne pour s'occuper de l'hormonothérapie. Celle-ci est accessible dans certains cas par autoréférencement (l'usager-ère trans et non binaire a accès aux traitements hormonaux en faisant la demande directement, c'est-à-dire sans intermédiaire) ou par une référence provenant d'une médecin généraliste ou d'une autre professionnelle de la santé. Dans certains établissements de santé et dans certaines cliniques spécialisées, il est également exigé que les personnes trans et non binaires soient préalablement soumises à une évaluation psychologique ou qu'elles obtiennent une lettre de recommandation avant de pouvoir accéder à l'hormonothérapie.

Plus spécifiquement, l'article de Blodgett *et al.* (20) traitant des barrières d'accès aux soins transaffirmatifs en milieu rural en Ontario, souligne que des usager-ères n'avaient pas pu obtenir des traitements hormonaux par le biais de leur médecin de famille même si c'était leur souhait. Voici une citation d'une personne ayant participé à cette étude :

J'ai pu continuer à consulter ma médecin concernant mes problèmes de santé généraux très facilement... mais elle n'était pas à l'aise de prendre en charge mon hormonothérapie.

Plusieurs ont dû consulter des spécialistes de deuxième ligne pour obtenir ces traitements, contribuant ainsi à complexifier leur parcours de soins. Selon Blodgett *et al.*, l'hormonothérapie devrait obligatoirement être prise en charge par les médecins de première ligne :

Cette étude montre que certain-es professionnelles de la santé en milieu rural en Ontario refusent d'offrir des services aux usager-ères trans, et ce, malgré l'annonce récente du ministère de la Santé et des Soins de longue durée indiquant que les professionnelles de la santé doivent fournir les soins aux personnes trans (ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, 2016). Ceci reflète l'attitude « ce n'est pas dans mon département » (ou c'est « en dehors de mes compétences ») qui mine les soins de santé trans. L'étude met aussi en lumière les discours dominants et les pratiques cliniques qui sont contraires aux politiques canadiennes

en matière d'équité dans les soins de santé (ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, 2016).

Ce point de vue est partagé par d'autres auteur·trices. En effet, l'étude de Brandelli Costa *et al.* (28) documente les besoins de personnes trans et non binaires en matière de soins transaffirmatifs au Brésil. Selon cette étude, les usager·ères trans et non binaires peuvent accéder seulement à l'hormonothérapie et aux traitements chirurgicaux en deuxième ligne dans ce pays. Plusieurs participantes à l'étude ont signalé avoir rencontré des difficultés d'accès aux soins d'affirmation du genre. Par conséquent, certain·es participant·es ont opté pour le marché noir afin d'obtenir des hormones, et d'autres ont consulté des spécialistes dans des cliniques clandestines ou des cliniques privées. Ils·elles ont payé·es pour obtenir des soins transaffirmatifs, alors que le gouvernement brésilien est censé couvrir ces soins. Les résultats de l'étude ont révélé que les femmes trans étaient particulièrement à risque de se tourner vers l'hormonothérapie sans supervision médicale, vu la facilité d'accès aux hormones féminisantes sans prescription. Les auteur·trices de l'étude recommandent une prise en charge des soins transaffirmatifs par les médecins de première ligne. La prise en charge devrait être soutenue, à leur avis, par une meilleure formation des professionnel·les de la santé sur le sujet.

Une étude réalisée en Nouvelle-Écosse sur les barrières d'accès aux soins de première ligne et d'urgence pour des adultes trans souligne différents enjeux liés à l'accessibilité de l'hormonothérapie (21). Plusieurs participantes disent avoir vécu des expériences négatives en lien avec les traitements hormonaux, entre autres, à cause des longs délais d'attente pour y avoir accès ainsi que des situations de discrimination de la part des professionnel·les de la santé.

Selon les auteur·trices de cette étude, certaines personnes trans évitent parfois de consulter une professionnel·le de la santé, même si des soins sont nécessaires, en raison des barrières d'accès aux traitements hormonaux et de la discrimination vécue dans le parcours de soins, ce qui peut causer des répercussions négatives sur leur santé.

L'article de Linander *et al.* décrit l'organisation des soins et des services pour les personnes souhaitant faire une transition médicale en Suède (25). Selon l'article, les personnes trans en Suède doivent faire une évaluation clinique et obtenir un diagnostic justifiant la nécessité de procédures médicales pour obtenir des soins transaffirmatifs. Pour avoir accès à l'hormonothérapie, elles devaient d'abord obtenir une référence d'un·e médecin généraliste. Ce système a été critiqué par plusieurs participant·es à l'étude. Les connaissances des médecins généralistes étaient parfois insuffisantes en matière de santé trans selon des participant·es, causant comme effet négatif de ralentir ou d'entraver l'accès aux soins transaffirmatifs pour certaines personnes. D'autres participant·es ont déclaré avoir dû s'informer eux·elles-mêmes et éduquer leur médecin généraliste sur les soins transaffirmatifs afin d'obtenir une référence donnant accès à l'évaluation. Par ailleurs, plusieurs participant·es ont mentionné de très longs délais d'attente pour obtenir un rendez-vous avec un·e médecin généraliste et pour rencontrer une spécialiste chargée de l'évaluation. Certain·es participant·es ont mentionné l'achat d'hormones sur le marché noir comme une des conséquences de ces barrières d'accès à l'hormonothérapie. Cette option a été considérée inévitable dans un tel contexte, comme l'a expliqué une participante :

C'était très important pour moi parce que j'avais le profond sentiment que mon corps n'allait pas dans la bonne direction et que, si je ne faisais rien, les choses allaient empirer.

Comme le soulignent les auteur·trices de l'étude, l'hormonothérapie sans supervision médicale peut représenter des risques pour la santé.

Une étude portant sur les services de deuxième ligne en Nouvelle-Zélande pour les personnes trans s'est intéressée spécifiquement à l'expérience de travail de spécialistes œuvrant auprès de cette population, dont des endocrinologues, des gynécologues et des pédiatres (30). Bien qu'une évaluation psychologique ne soit pas obligatoire pour accéder aux soins transaffirmatifs en Nouvelle-Zélande, la plupart des spécialistes continuaient de l'exiger au moment de l'étude. En effet, une majorité des spécialistes ont répondu que les usager·ères trans devaient obligatoirement se soumettre à une évaluation psychologique avant d'obtenir une consultation avec eux·elles au sujet de l'hormonothérapie. Seulement 30 % des spécialistes ont dit accepter de rencontrer une minorité d'usager·ères trans n'ayant pas passé préalablement d'évaluation psychologique. À la question concernant leurs connaissances sur l'accessibilité d'une spécialiste en santé mentale en mesure de faire l'évaluation psychologique, plusieurs répondant·es ont indiqué ne pas connaître de ressources disponibles dans leur région ou qu'aucune ressource n'était disponible. Par ailleurs, l'étude a révélé que les soins transaffirmatifs (hormonothérapie et chirurgies) étaient plus facilement accessibles dans le secteur privé que dans le secteur public en Nouvelle-Zélande. Les auteur·rices mentionnent que cette situation entraîne des enjeux d'équité et d'accessibilité, puisque les personnes trans ayant un statut socioéconomique moins élevé sont désavantagées par rapport aux autres. Donc, certaines inégalités en santé peuvent en résulter ainsi qu'une insatisfaction quant aux résultats des traitements pour les personnes n'ayant pas les moyens financiers d'accéder aux soins transaffirmatifs dans le secteur privé.

Ross *et al.*, dans un article visant à explorer l'expérience d'usager·ères trans en Ontario, ont également fait ressortir des enjeux d'équité et d'accessibilité, particulièrement en lien avec les chirurgies (26). Selon les auteur·rices, bien que le gouvernement ontarien couvre désormais les frais directs des chirurgies d'affirmation du genre (dont les chirurgies génitales, l'hystérectomie, la mastectomie et l'augmentation mammaire), cela représente seulement 25 % des frais de l'ensemble des procédures. Un autre enjeu d'accessibilité soulevé dans l'article concerne l'obligation de subir une évaluation psychologique avant de pouvoir obtenir des traitements hormonaux ou chirurgicaux, ce qui était une exigence au Canada jusqu'en 2016. Face à la difficulté d'accéder à l'hormonothérapie, certaines usager·ères trans ont créé des réseaux d'information informels pour accéder à une professionnelle de la santé prescrivant des hormones, comme l'a décrit une participante :

Nous avons tendance à nous rencontrer entre filles semblables et à partager des informations sur les ressources. Si quelqu'un connaît une médecin qui prescrit des hormones par exemple, cette médecin deviendra très en demande! Parce que tout le monde ira le·la voir.

Dans un article concernant une clinique multidisciplinaire pour les jeunes trans et non binaires aux États-Unis, la Seattle Children's Gender Clinic (SCGC), la question de la satisfaction par rapport à l'hormonothérapie a été soulevée (36). La majorité des répondant·es a indiqué être très ou extrêmement satisfaite par rapport aux traitements hormonaux (parents : 77 %; jeunes : 90 %). Cependant, certaines répondant·es ont considéré que le délai d'attente pour obtenir ces traitements était trop long. De plus, l'évaluation psychologique exigée pour accéder à l'hormonothérapie a été une source de frustration pour plusieurs répondant·es. Une citation d'un jeune trans témoigne de l'insatisfaction quant au processus menant à l'hormonothérapie :

Mais la seule chose qui a été un peu frustrante est qu'on est venu pour obtenir des hormones, et je savais qu'on n'allait pas les recevoir à la première visite, mais je ne m'attendais pas à ce que ça prenne des mois de rendez-vous avant d'y arriver. Et c'est frustrant parce que le personnel est tellement occupé qu'on ne peut passer cette étape du processus plus rapidement.

- Drew, personne blanche transmasculine de 20 ans

Ainsi, bien que les participant·es aient évalué positivement leur expérience de soins à la SCGC, les barrières d'accès à l'hormonothérapie ont été nommées comme étant un point à améliorer dans cette clinique pour favoriser le bien-être des jeunes trans et non binaires.

On retrouve la même insatisfaction par rapport au délai d'attente pour accéder à l'hormonothérapie dans l'étude d'Heard et al. (33). Cette étude a documenté les expériences de soins vécues par de jeunes trans dans le programme Gender Dysphoria Assessment and Action for Youth (GDAAY), au Manitoba. Le temps moyen pour rencontrer une professionnelle de la santé du GDAAY était de 114 jours, ce qui était considéré comme trop long par plusieurs jeunes.

De plus, l'hormonothérapie, possible seulement à la suite d'une évaluation psychologique, a été décrite comme difficile d'accès, comme on peut le constater dans la citation suivante :

J'attends depuis plus d'un an de voir une psychologue pour commencer l'hormonothérapie. C'est stressant et frustrant.

Hinrichs et al., dans une étude sur l'expérience d'usager·es trans et non binaires au Smiley (une clinique familiale au Minnesota, aux États-Unis), ont abordé un autre aspect de l'hormonothérapie : l'importance de prendre en considération l'effet des hormones sur la santé, en particulier pour les personnes ayant des enjeux de santé (23). Des participant·es à l'étude ont signalé qu'il y avait un manque de connaissances de la part des professionnel·les de la santé à ce sujet, comme il est exprimé dans la citation suivante :

Je suis une personne trans avec des antécédents médicaux complexes, et il n'y a pas d'études sur toutes les interactions. Donc, la réponse est souvent « Je ne sais pas », et ça rend les visites plus longues.

Cet article souligne l'importance d'une meilleure formation sur l'hormonothérapie, ses effets possibles sur la santé ainsi que ses interactions avec d'autres traitements.

Le manque d'informations adéquates sur les traitements hormonaux et leurs impacts sur la santé a également été dénoncé par des participant·es à l'étude de Carlile (22), qui s'est intéressée à l'expérience de jeunes trans et non binaires et leurs parents dans le système de santé de l'Angleterre. À leur avis, les professionnel·les de la santé (tant la première ligne que la deuxième ligne) n'ont pas suffisamment de connaissances en matière d'hormonothérapie, notamment sur ses répercussions sur la fertilité. Ce manque de clarté aurait causé de la détresse pour certain·es participant·es.

Clark et al. (35), dans une étude sur l'accès aux soins transaffirmatifs en première ligne au Canada, ont également relevé que le manque de formation et de connaissances sur l'hormonothérapie de certain·es médecins peut entraîner des répercussions négatives sur l'expérience de soins de certain·es personnes trans et non binaires. Par exemple, certaines parmi elles éviteraient de se rendre dans des cliniques sans rendez-vous par crainte que leurs besoins ne soient pas bien compris ou répondus.

De plus, des participant·es ont critiqué la difficulté d'accès aux traitements chirurgicaux ainsi que les trop longs délais d'attente pour y accéder. Un participant a d'ailleurs mentionné que ces barrières d'accès avaient des conséquences négatives sur sa santé mentale :

Selon mon expérience, le système semble davantage conçu pour bloquer l'accès aux gens que pour les aider. Lorsque j'obtiendrai l'approbation pour la chirurgie dont j'ai besoin, il sera peut-être trop tard. J'ai peur de m'enlever la vie avant d'obtenir la chirurgie parce que c'est un parcours tellement pénible et inutilement difficile. Je veux seulement vivre.

Un autre article de Clark *et al.* (29), portant sur l'accès aux soins de transition de première ligne pour les jeunes non binares au Canada, a révélé que les jeunes non binares rencontrent davantage de barrières d'accès aux traitements hormonaux que les jeunes trans binares. Plus précisément, les jeunes non binares auraient deux fois plus de risque de ne pas accéder à des traitements hormonaux, qu'ils-elles considèrent comme nécessaires, en comparaison avec les jeunes trans binares. Parmi les raisons évoquées par les jeunes non binares pour expliquer pourquoi ils-elles ne suivent pas d'hormonothérapie même s'ils-elles le souhaitent, il y avait le manque d'informations sur le sujet, la difficulté de trouver un-e médecin acceptant de leur prescrire des hormones, l'absence de soutien parental et le manque de ressources financières pour s'en procurer. Les barrières d'accès rencontrées par les jeunes non binares ont aussi comme conséquence que ces jeunes sont plus nombreux-ses que les jeunes trans binares à se procurer des hormones sans prescription médicale.

En résumé, on trouve dans plusieurs articles une critique par rapport aux différentes barrières d'accès aux soins transaffirmatifs et particulièrement à l'hormonothérapie. Certain-es participant-es aux études ont déploré le délai d'attente pour accéder aux traitements hormonaux, tandis que d'autres ont remis en question l'obligation d'obtenir une référence d'un-e médecin généraliste pour avoir accès à ces traitements, ou encore, l'obligation de devoir se soumettre à une évaluation psychologique pour y accéder. De plus, il a été mentionné dans bon nombre d'articles que les professionnelles de la santé n'ont pas suffisamment de connaissances en matière de soins transaffirmatifs.

Il semble y avoir un consensus parmi les personnes trans et non binares interrogées dans le contexte des études incluses de la recension systématique : l'accès à l'hormonothérapie devrait être facilité pour permettre une transition médicale plus accessible et rapide, et pour que le parcours au sein du système de santé soit moins complexe. En ce sens, des participant-es à différentes études ainsi que des auteur-trices de certains articles ont souligné que les médecins de première ligne devraient être formés pour être en mesure de prendre en charge les traitements hormonaux des usager-es trans et non binares plutôt que de les référer à des spécialistes de deuxième ligne. L'exigence d'une évaluation psychologique pour accéder à l'hormonothérapie est également remise en question dans plusieurs articles.

3.3.9 DONNÉES EXTRAITES DES STANDARDS DE SOINS DE LA WPATH (VERSION 8)

3.3.9.1 Hormonothérapie

La WPATH recommande que les médecins de première ligne reçoivent des formations sur l'hormonothérapie étant donné les difficultés d'accès aux services spécialisés. Les médecins de première ligne ayant une formation sur le sujet peuvent prescrire des traitements hormonaux. Les médecins n'ayant pas cette formation devraient faire des références appropriées pour les services de transition qu'ils-elles ne prennent pas en charge. Ceux-elles qui ne prescrivent pas l'hormonothérapie devraient connaître la médication et les effets secondaires pour le suivi avec leurs patient-es.

3.3.9.2 Prise en charge de cette clientèle par la première ligne

La WPATH privilégie la prise en charge des personnes trans et non binaires par les intervenantes de la première ligne, mais ne l'oblige pas. Cependant, il est mentionné que les médecins n'ayant pas les connaissances requises devraient s'éduquer sur le sujet et doivent référer les usageres à des spécialistes, au besoin. L'organisation ne prend pas position explicitement en faveur de la prise en charge complète par les intervenantes de la première ligne, mais l'encourage.

3.3.9.3 Lettre de recommandation

L'organisation ne prend pas position par rapport à l'exigence d'une lettre de recommandation pour obtenir des soins transaffirmatifs. Toutefois, elle prend position sur le fait que les établissements, s'ils l'exigent, devrait demander une seule lettre et non pas deux. Cette lettre peut être écrite par toutes les professionnelles de la santé qui ont les compétences en évaluation de personnes trans et non binaires.

3.3.9.4 Spécification pour les personnes mineures

En ce qui concerne les personnes mineures, comme pour les adultes, la WPATH ne prend pas position par rapport à l'exigence d'une lettre de recommandation. Cela dit, l'organisation prend position sur le fait que, si un établissement exige une lettre de recommandation, une lettre doit être demandée plutôt que deux. Cette lettre doit être écrite par une équipe multidisciplinaire qui inclut des médecins et des professionnelles en santé mentale.

3.4 RÉSULTATS DES DONNÉES CONTEXTUELLES

Les résultats de l'analyse thématique des données contextuelles ont été regroupés en fonction des thèmes qui sont ressortis fortement, en lien avec l'organisation des soins et des services : 1) lieux physiques inclusifs, 2) formations de sensibilisation et formations plus spécifiques, 3) trajectoire de soins et de services (sous-thèmes : portes d'entrée et accessibilité aux soins et aux services, centre de référence, nomination de championnes et partenariats multidisciplinaires), 4) soutien des usageres trans et non binaires et de leur famille ou de leurs proches, 5) soins transaffirmatifs (sous-thèmes : hormonothérapie et chirurgies d'affirmation du genre). Trois thèmes, liés davantage aux changements de culture organisationnelle, ont fait l'objet d'une récolte de données contextuelles : lieux inclusifs, formulaires administratifs et formations de sensibilisation.

3.4.1 LIEUX PHYSIQUES INCLUSIFS

Les informations contextuelles associées à l'organisation et à l'adaptation des lieux physiques ont été recueillies par le biais d'un entretien avec une gestionnaire de la direction des services techniques (DST) ainsi que de commentaires des participantes aux groupes de discussion et des membres des organismes communautaires. De plus, certains éléments analysés dans le volet 1 (9) seront repris dans cette section.

Selon les données recueillies à la suite d'un entretien avec une gestionnaire de l'établissement, il existe actuellement au CIUSSS de l'Estrie – CHUS des salles de bain genrées (avec l'affichage homme et femme) et non genrées. Les salles de bain non genrées se trouvent à divers endroits au sein des hôpitaux et autres lieux réservés aux employées et aux usageres. Présentement, certains lieux précis

seraient plus problématiques, soit les cafétérias et les amphithéâtres, où il n'y aurait que des salles de bains et des toilettes genrées.

Un point de vigilance qui est à observer concerne les vestiaires du personnel. Ces derniers, lorsqu'ils existent, seraient genrés. Dans les entretiens avec les employées de l'établissement, une participante notait avoir été mal à l'aise en raison de vestiaires genrés dans un des hôpitaux (9). Ces constatations ne sont évidemment pas exhaustives, mais dressent un portrait de l'état des lieux actuels au sein des différents milieux et installations du CIUSSS de l'Estrie – CHUS.

Les thèmes centraux ressortant de l'analyse sur l'organisation et l'adaptation des lieux physiques sont les besoins de mécanismes de priorisation et de normes ou d'orientations prédéfinies afin d'appliquer un fonctionnement plus systématique lors de nouveaux contrats de rénovation ou de construction. Par la suite, l'implantation de travaux devrait tenir compte de la capacité des équipes pour les réaliser. Des facteurs facilitants sont connus, puisque la construction de salles de bain non genrées nécessiterait moins d'espace et serait moins coûteuse comparativement aux installations genrées. D'ailleurs, une participante rejoint les propos de la DST en soulignant que, selon son expérience, lorsqu'il y a de nouvelles constructions comme celui d'un nouveau projet ou de nouveaux locaux, la réflexion est plus simple. On peut intégrer cette exigence au départ afin de s'assurer d'avoir des espaces non genrés. Selon les propos recueillis, un recensement complet des lieux afin de vérifier l'ampleur des travaux serait très demandant et pourrait générer peu de résultats concrets.

En ce qui concerne les différents lieux d'hébergement, les besoins se manifesteraient actuellement de manière prégnante dans les centres de réadaptation pour jeunes en difficulté. Par exemple, un de ces centres avec des unités genrées doit actuellement prendre en considération la présence de jeunes usager·ères trans et non binaires parmi leurs bénéficiaires. Ces centres expriment le besoin d'avoir un accompagnement dans cette réflexion afin de respecter les droits de ces usager·ères. Les réflexions en cours concernaient les moyens d'adapter les lieux existants pour répondre aux différents besoins spécifiques de ces usager·ères ou de créer des unités non genrées dans les installations. La modification des lieux physiques pourrait être réalisée dans un deuxième temps. Par exemple, on peut faire en sorte d'avoir des salles de bain où ces jeunes peuvent se doucher seules et en sécurité. Toutefois, des déplacements et des ressources supplémentaires sont à prévoir en ce qui concerne le personnel sur place. Tous ces éléments devraient être pris en compte dans la réflexion de modifier ou non les lieux existants.

À propos des besoins dans les milieux d'hébergement pour aîné·es, selon les données contextuelles, il y aurait actuellement peu de besoins en lien avec les usager·ères, mais davantage avec le vécu des employées trans et non binaires. Toutefois, une gestionnaire mentionne qu'il faudra une sensibilisation en ce qui concerne les milieux de vie des personnes âgées, mais que ce n'est pas encore discuté dans les tables d'échanges. Bien que les données probantes de cette ETMI, dans leur ensemble, ne permettent pas d'avoir une idée claire sur les besoins des usager·ères aînées trans et non binaires, elles signalent l'importance de la sécurisation des milieux de soins et de services. De plus, l'analyse des données contextuelles laisse présager qu'il faudra mieux saisir le vécu et les besoins des usager·ères aînées trans et non binaires (voir l'[annexe XX](#)).

En résumé, les données recueillies soulignent la pertinence de prioriser des projets dans certains lieux précis, tels que les cafétérias ou les amphithéâtres, où la présence de salles de bain ou de toilettes genrées serait plus propice. Selon certaines participantes et les résultats des données contextuelles, il

serait important de prioriser des projets où la sécurisation des lieux est un enjeu explicite, comme dans les centres d'hébergement pour les jeunes.

3.5 FORMULAIRES ADMINISTRATIFS

Dans cette section, peu de données bonifieront l'adaptation des formulaires administratifs traitée dans le volet 1 (9).

Selon les données contextuelles concernant l'organisation des soins et des services, certaines participantes désire qu'un accompagnement lors de la transition légale des personnes trans et non binaires soit inclus dans l'offre de services de l'établissement, entre autres, lors des changements de prénom et de nom:

Peut-être que ça ne nous appartient pas en tant que mission de l'établissement, mais c'est un besoin de cette clientèle, la transition légale. Ce besoin fait partie des besoins globaux du panier de services qui devrait être considéré pour cette clientèle-là (membre de la communauté interne impliquée).

Dans le même ordre d'idées, les membres des organismes communautaires interrogées soulignent qu'un de leur rôle auprès des personnes trans et non binaires est souvent de les accompagner et de les guider dans leur cheminement en ce qui concerne la transition légale et les procédures nécessaires.

Enfin, certains enjeux liés au besoin de connaître le sexe assigné à la naissance sont ressortis dans l'entretien avec des gestionnaires en médecine de laboratoire :

Si le nom qu'il y a sur l'ordonnance ne correspond pas au nom sur la carte parce que le médecin a mis son nom de transition, là oui, on va avoir un enjeu effectivement. Au niveau des analyses, si c'est une patiente qui est en transition, si c'est un homme qui veut devenir une femme, les valeurs normales qui vont sortir vont être identifiées au genre de la personne qui est dans notre système informatique. Donc, oui, ça va changer parce qu'il y a des valeurs normales pour des hommes et pour des femmes, donc là, oui, ça va devenir un enjeu (gestionnaire).

Il est important de spécifier que certaines actions sur l'adaptation des formulaires administratifs sont actuellement en cours au niveau gouvernemental. Depuis le 17 juin 2022, relativement aux retombées du projet de la loi 2, il est possible de faire une demande de changement de la mention du sexe pour la mention non binaire (X). Selon le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), une personne-ressource sera nommée. De plus, un comité interministériel sur les marqueurs de genre, composé de représentantes de huit ministères et de huit organismes, est formé et coordonné par le ministère de la Justice du Québec (MJQ).

De plus, des travaux sont en cours au MSSS en ce qui concerne le besoin de connaître, dans certains cas, le sexe assigné à la naissance des usager·ères trans et non binaires.

3.6 FORMATIONS

3.6.1 FORMATIONS DE SENSIBILISATION

La majorité des participantes était en accord ou exprimait clairement le besoin d'une formation de sensibilisation sur les réalités et les vécus des personnes trans et non binaires pour les membres de la communauté interne du CIUSSS de l'Estrie – CHUS ou plus précisément au sein de leur département respectif. Une formation qui contribuerait à développer un savoir-être facilitant l'aspect relationnel entre les membres de la communauté interne du CIUSSS de l'Estrie – CHUS et les usager·ères trans et non binaires était jugée pertinente : « Comment pouvons-nous prendre en charge avec respect, avec une bonne communication, comment on peut interpeller l'usager·ère? ». Certaines participantes mentionnaient qu'elles percevaient un malaise de la part de différentes professionnel·les de la santé (incluant les médecins de famille) à communiquer avec ces usager·ères, et d'autres notaient que : « [...] c'est loin d'être la majorité des gestionnaires qui ont certaines notions de base ». Le personnel administratif ainsi que les membres du personnel œuvrant à l'accueil étaient également visés par les participantes.

Un consensus ressort, particulièrement pour les gestionnaires, qu'une courte formation de sensibilisation obligatoire, en ligne, serait plus accessible pour les membres de leur personnel. À ce sujet, une gestionnaire d'une direction clinique mentionnait qu'une formation de trois heures, même en ligne, est trop longue pour ses équipes et pourrait compromettre la capacité des milieux à répondre à cette obligation. Une autre gestionnaire confirmait qu'une formation d'une heure et demie pourrait nécessiter trois jours à compléter pour les membres de son personnel. D'ailleurs, leurs formations en présentiel ne dépassaient jamais une période de 30 minutes. Néanmoins, une formation de base devrait être offerte à toutes les membres de la communauté interne du CIUSSS de l'Estrie – CHUS :

Je trouve cela important qu'il y ait une formation de base, une heure en version web pour toutes, parce que si on cible trop, avec la mobilité, les gens vont se retrouver dans d'autres services où cela est pertinent et nous aurons un peu manqué le bateau. [...] Mais dire que tout le monde doit visionner cette capsule avant telle date et bien tout le CIUSSS en même temps a une base. [...] Il y a quand même de gros enjeux RH associés à ça, mais il ne faut pas s'arrêter à ça parce que sinon on ne fera rien (gestionnaire).

Enfin, certaines particularités ressortaient des données en lien avec la citation précédente, notamment en ce qui concerne la médecine de laboratoire. Les gestionnaires de ce département exprimaient un besoin lié davantage à la nécessité d'avoir accès en tout temps à un protocole de soins et de services pour les usager·ères trans et non binaires. Toutefois, le contenu de ce protocole devra être clarifié. Certains outils pourraient être mis en place, par exemple une procédure pour le personnel afin de vérifier l'identité d'une personne et valider la concordance avec les tests de laboratoire prescrits.

La notion de former des champion·nes ou d'avoir certaines personnes plus outillées dans chacun des milieux était une solution proposée afin de soutenir les membres du personnel, de les accompagner et de leur fournir des outils. Elle permettrait également de favoriser le transfert des connaissances et l'uniformisation des savoirs, surtout pour certaines problématiques liées aux ressources humaines comme le roulement élevé du personnel. Une participante soulignait que, dans son département, « ce ne sont pas des problématiques que l'on voit souvent. Nous avons donc besoin d'avoir les informations lorsque nous avons un cas, sinon on risque d'oublier ».

3.6.2 FORMATIONS SUR L'ENVIRONNEMENT DE TRAVAIL

Les données font ressortir l'importance de former les membres de la communauté interne du CIUSSS de l'Estrie – CHUS afin d'accompagner et de répondre aux besoins des employé·es trans et non binaires. Par exemple, des participant·es avaient souligné que l'aide et le soutien de leur gestionnaire avaient facilité leur cheminement dans la divulgation de leur identité de genre dans leur milieu de travail (9). Certaines gestionnaires avaient recensé les besoins des employé·es de leur secteur d'activité à ce sujet. De même, certain·es employé·es trans et non binaires soulignaient vivre comme une microagression certains comportements tels que répondre aux questions ainsi que devoir expliquer et éduquer certain·es membres de la communauté interne. En ce sens, il·elles ont mentionné avoir besoin d'outils et de formations leur permettant de bien les accompagner :

Une formation de base pour les chefs de service pourrait être pertinente sous l'angle des employé·es qui vont se référer au chef s'il·elles ont un problème. Également, pour avoir des outils de base pour soutenir nos employé·es qui sont directement confronté·es à cette réalité (gestionnaire).

Une autre participant·e souligne qu'il serait intéressant de penser à un arrimage avec le programme d'aide aux employé·es du CIUSSS de l'Estrie - CHUS. De plus, la discrimination que les employé·es trans et non binaires peuvent ressentir de la part des usager·ères auxquelles il·elles prodiguent des soins et des services est un autre enjeu à examiner.

3.6.3 FORMATIONS SPÉCIFIQUES

Selon les propos des différentes gestionnaires interrogées, on remarque que certains départements auraient besoin de diverses formations spécifiques, en lien avec leur clientèle (par exemple la Direction du programme jeunesse [DPJe] et la Direction du soutien à domicile et des services spécialisés en gériatrie, en déficience et en trouble du spectre de l'autisme [DSAG-SSG-DTSA]), mais également avec les soins et les services de base (par exemple la Direction des soins infirmiers [DSI] et la Direction des services spécialisés, chirurgicaux et de cancérologie [DSSCC]). Pour préciser les besoins spécifiques des différents milieux, il faudra sonder les membres du personnel :

Au niveau des besoins d'apprentissages, on a des besoins organisationnels normatifs et des besoins ressentis et démontrés. Quand on monte des formations, et je pensais aux besoins spécifiques de formations, exemple les gens de l'urgence ou celles·eux qui font du suivi, ce sont des traitements chirurgicaux qui ne sont pas habituels, par exemple la vaginoplastie. Mais les besoins vont être là pour les soins infirmiers, il va falloir aller sonder auprès d'eux·elles leurs besoins d'apprentissages ressentis par rapport à ça parce qu'il n'y a pas juste l'approche, il y a tous les soins, les complications, etc. (gestionnaire).

Des membres du personnel ont mentionné qu'il faudra s'adapter selon les besoins en soins des personnes trans et non binaires. Dans le même ordre d'idées, une usager·ère a indiqué qu'il était important que le personnel soit bien formé pour répondre aux besoins des personnes trans et non binaires, et ce, dans tous les services, y compris aux soins intensifs : « Si le personnel n'est pas formé, on va rencontrer un problème. ». Ces besoins de formations vont au-delà de la sensibilisation puisque, dans certains secteurs, des notions médicales plus spécifiques sont requises. Notamment, les professionnel·les devraient être « formé·es à la possibilité que quelqu'un ait eu ce type de chirurgie [d'affirmation du genre]. On risque d'entrer dans l'intimité de la personne donc comment ne pas la brusquer et la respecter? ». Selon les propos recueillis, les besoins des usager·ères trans et non binaires

seraient très variables, d'où l'importance de s'assurer de l'acquisition de connaissances pertinentes dans les différents milieux de soins et de services de l'établissement.

Il n'est toutefois pas simple, en analysant l'ensemble des résultats recueillis liés aux formations, de tracer une ligne claire entre les formations de sensibilisation et plus spécifiques. Néanmoins, à des fins de précision, au-delà de l'accueil des usager·ères au sein de l'établissement, le parcours de soins et de services est inclus dans les formations plus spécifiques. Par exemple, les membres de la communauté interne œuvrant dans les différents milieux affiliés à l'accueil devraient recevoir une formation de sensibilisation de base. Toutefois, à la suite de l'analyse des données, cette formation devrait également contenir des éléments plus spécifiques en lien avec les soins et les services : référencer aux bons départements ou à différentes professionnel·les au sein de l'établissement. Ainsi, ce référencement impliquera une meilleure connaissance des ressources disponibles et un effort de concertation global entre les différents départements.

3.6.4 ARRIMAGES ENTRE LES DIFFÉRENTES INITIATIVES DE FORMATIONS

Des initiatives de formations, notamment de sensibilisation, sont administrées au CIUSSS de l'Estrie – CHUS. Par exemple, certains médecins de première et de deuxième ligne enseignent des notions de base ou diffusent le contenu de certains articles scientifiques sur la santé trans. Donc, d'autres enjeux sont soulevés comme la nécessité d'arrimer ces efforts et de procéder à l'évaluation continue afin de s'assurer de la qualité des enseignements ainsi que de la mise à jour des ressources proposées. Plusieurs participant·es notaient ce besoin d'arrimage :

Il faut voir ce qui se fait dans les autres maisons d'enseignement, comme au collégial. Donc, il faudrait voir avec d'autres universités qui ont déjà des compétences là-dessus pour être en continuité au niveau des compétences. Donc, nos formations à l'embauche ou en continu, mais on doit continuer de développer ces compétences-là, que ce soit les mêmes pour avoir une continuité (gestionnaire).

Pour terminer, les organismes communautaires œuvrant dans le domaine du soutien aux personnes trans et non binaires seraient fréquemment interpellés à titre de formateur, plus particulièrement pour les formations de sensibilisation. Ces formations sont réalisées notamment dans les maisons d'enseignement. Au sein du CIUSSS de l'Estrie – CHUS, certains partenariats commenceraient à se créer. Ainsi, l'organisation demande aux organismes communautaires de venir donner des formations, aux employé·es, pour leurs connaissances du sujet, mais surtout pour présenter des cas vécus et les besoins de cette clientèle. Ces derniers savoirs expérientiels sont générés par les liens directs des membres de ces organismes avec les usager·ères trans et non binaires.

3.7 TRAJECTOIRES DE SOINS ET DE SERVICES

3.7.1 PORTES D'ENTRÉE ET ACCESSIBILITÉ DES SOINS ET DES SERVICES

Les problématiques entourant l'accessibilité aux soins et aux services sont ressorties fortement pour l'ensemble des groupes de discussion ainsi que dans certains entretiens avec des membres des organismes communautaires. Plus précisément, les données démontrent la présence d'enjeux pour obtenir des soins et des services. Les éléments énoncés concernaient la prise en charge absente ou inadéquate de la clientèle trans et non binaire ainsi que les risques potentiels encourus. Selon les participant·es, la présence de plusieurs portes d'entrée sur l'ensemble des réseaux locaux de services

(RLS) serait nécessaire. De même, plus d'intervenantes devraient être formées afin d'être en mesure de prendre en charge ces usager·ères, notamment en première ligne. D'ailleurs, certains services ont été créés pour répondre aux questionnements liés à l'identité de genre, notamment en ce qui concerne les personnes mineures :

L'objectif est d'aller chercher les jeunes qui ne viennent pas dans nos offres de services traditionnelles et de faire du repérage sur les besoins émergents [...] et le besoin de cette clientèle est l'un de nos besoins émergents, vraiment. Activer les propositions de trajectoires de services dédiées à un besoin ou à un questionnement trans ou non binaire et non pas d'obtenir des services de dommages collatéraux. [...] Ils·elles se retrouvent dans nos unités de santé mentale jeunesse. C'est discriminatoire pour eux·elles parce qu'ils·elles n'ont pas été capables d'avoir du soutien dans leur démarche (membre de la communauté interne impliquée).

Une membre de la communauté interne impliquée mentionne qu'il·elle craint que certaines populations défavorisées aient moins accès que d'autres aux services, notamment en région rurale. Dans le même ordre d'idées, d'autres participantes ont suggéré la présence de portes d'entrée sur l'ensemble du territoire (par exemple par l'intermédiaire d'une infirmière praticien·ne désigné·e). Une consultation avec un·e médecin de famille ne serait plus la principale porte d'entrée pour commencer leur parcours de transition médicale, du moins, le temps que les médecins de famille soient plus outillés·es ou formés·es.

La problématique du manque de connaissances des médecins de première ligne, en lien avec la santé trans, revient à quelques reprises, mais c'est la disparité de l'accessibilité à ces soins qui ressort fortement des propos recueillis :

Pour l'accessibilité, la porte d'entrée, c'est souvent le·la médecin de famille. Je me rends compte qu'entre les RLS, il y a une grande disparité, mais même intra-Sherbrooke urbain, il y a une grande disparité entre les différents GMF. C'est sûr qu'il y a deux GMF intra-muros de l'établissement, mais selon les besoins de la population, on doit rejoindre l'ensemble des médecins de famille, pas seulement ceux·celles qui sont à l'intérieur des murs de l'établissement (professionnel·les de la santé, incluant les médecins de famille).

Certaines membres des organismes communautaires interrogées soulignent également que les organismes sont souvent la porte d'entrée pour accéder aux soins transaffirmatifs. Dans certains cas, ces organismes sont une « porte d'entrée », c'est-à-dire qu'ils aident les usager·ères à obtenir des soins qui leur avaient été refusés précédemment par l'établissement :

Des fois, ils·elles disent [les usager·ères trans et non binaires] : « J'en ai parlé à mon médecin, mais il ne veut pas me prescrire d'hormones et je ne comprends pas. » Donc, on est une « porte » d'entrée [...]. On va les réaccompagner parce qu'il y a des jeunes qui se font dire par leur médecin ou leurs parents que, non, ce n'est pas possible de prendre des hormones. Nous, on va dire : « Il y a des nuances et quel soutien on peut apporter à tes parents? » (membre des organismes communautaires).

Un dernier élément s'est dégagé à quelques reprises : les usager·ères trans et non binaires trouvent stigmatisant de nommer une porte d'entrée ou de viser une trajectoire précise. Par exemple, il arrive que leur trajectoire soit dirigée vers les soins et les services en santé mentale, ce qui n'est pas nécessairement le besoin de ces usager·ères. En effet, ceux·celles-ci peuvent avoir différents besoins et différentes priorités de soins et de services selon les éléments à prendre en considération dans l'analyse du cas clinique. En conséquence, la majorité des participantes mentionne l'importance de cibler plusieurs milieux de soins et de services :

Il m'arrive extrêmement souvent où on m'a référée simplement parce qu'il y a questionnement au niveau de l'identité de genre. Parfois, dès que l'on voit ce mot-là, on oublie tout le reste du portrait clinique. Ça m'est déjà arrivé que l'on me réfère des gens avec deux troubles de la personnalité, des idées suicidaires et un dossier à la DPJ (professionnelles de la santé, incluant les médecins de famille).

Lorsqu'ils-elles se présentent dans nos services de première ligne, on voit beaucoup d'autres types de demandes. [...] La demande principale n'est pas en ce qui concerne l'identité de genre (professionnelles de la santé, incluant les médecins de famille).

L'idée qui résume les propos recueillis est la suivante :

Il faut être vigilantes et développer nos connaissances et nos façons de faire pour mieux répondre et être capables de recevoir tout le monde un peu partout dans les services, et avoir des gens plus outillés pour aller plus loin lorsque les besoins sont plus complexes. Oui, il y a des services spécialisés qui existent, mais il y a autre chose à faire avant. Commencer avec quelque chose de plus accessible qui peut répondre à un ensemble de besoins (gestionnaire).

L'accessibilité et la priorisation des soins et des services pour les usager·ères trans et non binaires et l'idée de créer une trajectoire spécifique pour cette clientèle pourraient devenir inéquitable pour d'autres usager·ères. En effet, ceux·celle-ci ne seraient plus priorisés·es. De même, cette iniquité pourrait impacter d'autres usager·ères, au sens large, qui ont un problème d'accessibilité aux soins et aux services. Dans certains milieux, comme au DSAG-SSG-DTSA, il n'est plus possible d'ajouter des clientèles à prioriser (avec des idées suicidaires, en hébergement, etc.). Le milieu est saturé. Il faut trouver d'autres stratégies afin de répondre aux besoins de manière équitable.

Quelques participantes mentionnent une barrière monétaire à cause des consultations dans le réseau privé de soins et de services, puisque les ressources ne sont pas toujours accessibles ou disponibles dans le réseau public. En effet, le réseau privé n'a pas les mêmes règles ni les mêmes réalités selon les professionnel·les de la santé (incluant les médecins de famille) et les spécialistes interrogées.

3.7.2 CENTRE DE RÉFÉRENCE

Le centre de référence serait une instance multidisciplinaire dont l'objectif serait de diriger les usager·ères trans et non binaires et leur famille ou leurs proches vers la porte d'entrée la plus appropriée afin d'obtenir des soins et des services. Il aurait également comme rôle d'accompagner les professionnel·les de la santé (surtout de première ligne) afin qu'ils-elles soient davantage en mesure de prendre en charge les soins et les services offerts aux usager·ères trans et non binaires.

Ce thème a été discuté avec les participantes des différents groupes de discussion et lors de certains entretiens semi-dirigés en raison de l'itération des données probantes qui dénotait un besoin d'arrimage et de partage des connaissances, des pratiques et des ressources.

Selon l'ensemble des participantes, il serait aidant de mettre en place un centre où tout le personnel de l'établissement pourrait appeler. Ce centre était perçu comme une mesure de soutien, le temps que les membres du personnel soient formés ou plus expérimentés dans les milieux de soins et de services ainsi qu'une réponse à un besoin immédiat :

Le centre de référence, les champion·nes, cela va vraiment être la base pour nous référer, être capables de bien s'outiller pour intervenir. Le centre de référence va peut-être être notre premier appel quand on va avoir des questionnements, donc excellente idée ainsi que de déléguer les ACP (assistantes à la coordination professionnelle) justement et les travailleuses sociales à l'hôpital. On va être les mieux placées pour orienter nos intervenantes (gestionnaire).

Le centre de référence pourrait améliorer les enjeux de référencement qui seraient actuellement présents : « On réfère en deuxième ligne [psychiatrie], sans se soucier si le cas nécessite d'aller en psychiatrie, mais parce que c'est la ressource que l'on connaît (gestionnaire). » C'est d'ailleurs un enjeu qui est souligné par les spécialistes en deuxième ligne :

L'autre enjeu, c'est que, à partir du moment où il y a des questionnements par rapport au genre, ça devient une porte d'entrée pour des demandes en psychiatrie. Alors, les patientes arrivent et la demande n'est pas la dysphorie de genre, mais on utilise un peu cet angle pour faire entrer cette patiente dans la clinique externe en psychiatrie. On se retrouve dans la situation où il y a méconnaissance [...], mais les enjeux du genre n'étaient pas prioritaires. Je ne peux décider qui je vais suivre ou non, car nous sommes peu nombreuses, donc un autre enjeu. Sinon, il va y avoir des gens souffrants qui ne seront pas soutenus (spécialiste).

Plusieurs participantes soulignent l'importance de connaître les ressources disponibles dans l'ensemble du réseau et où référer les usager·es trans et non binaire. Ceux·celles-ci se questionnent sur les services qu'ils·elles ont le droit de fournir selon leur champ de pratique. Lors des groupes de discussion, certaines ont indiqué qu'ils·elles aimeraient connaître les ressources nommées par les autres participantes, car ce serait aidant dans leur milieu de soins et de services.

Enfin, le développement des compétences et des services appropriés revient souvent dans les entretiens avec les participantes :

Il faut vraiment identifier le niveau de service. Il n'est pas normal que d'emblée on mette les gens sur la liste d'attente en psychiatrie, par exemple, ou en endocrinologie. Il faut d'emblée que tous nos guichets d'accès : accueil psychosocial, le guichet en santé mentale, les gens qui coordonnent ces réseaux-là [...] soient plus aux aguets d'être capables de vérifier dans le dossier qui est passé en entrevue au niveau de l'identité de genre et quel sera le niveau de service à offrir. [...] Je veux que les gens aient le bon service à la bonne place et parfois je pense qu'on en échappe, et tout le monde se sent seul dans cette pratique-là. [...] que tous les guichets d'accès soient bien formés et que l'on ait [intervenantes spécialisées en santé trans] une fonction de consultante (professionnelle de la santé, incluant les médecins de famille).

3.7.2.1 Nomination de champion·nes

La nomination de champion·nes ou de personnes-ressources est une thématique qui a émergé des données contextuelles et dont la portée est transversale. Cet élément est fortement associé au centre de référence, notamment sur les portes d'entrée, le développement de l'expertise dans les milieux de soins et de services (formations) ainsi qu'à la coordination des soins et des services. L'idée sous-jacente à la nomination de champion·nes serait qu'il y ait : « [...] des individus plus outillés qui pourraient nous soutenir, nous accompagner et guider les bonnes pratiques (gestionnaire) ».

Certaines participantes ont mentionné qu'il était important de développer des ressources localement plutôt que de référer à des personnes-ressources externes, se trouvant dans d'autres départements :

« Après, il faudra voir laquelle de nos missions va développer une expertise supplémentaire et vers qui on pourra se tourner quand on aura des questions (gestionnaire). »

La notion d'accompagnement concorde avec les thèmes de la nomination des champion·nes et de mieux connaître les ressources disponibles :

En ce moment, à l'interne, il y a des personnes qui ont l'expertise, mais elles ne sont pas officiellement reconnues, donc d'instaurer un système plus officiel de reconnaissance [...] un petit groupe de soutien. Quelqu'un qui a une intervenante ou une chef de service en difficulté, bien il·elle ne sait pas que telle personne a l'expertise, qu'il·elle pourrait communiquer avec elle. [...] Comment faire pour officialiser ça un peu plus? (membre de la communauté interne impliquée)

Certaines mentionnaient que lorsque la problématique est connue, l'accompagnement des équipes ou des intervenantes devient nécessaire ainsi que l'importance d'avoir un réseau de soutien ou de créer des partenariats. Plus précisément, une intervenante de première ligne donne l'exemple suivant en lien avec les problématiques en dermatologie :

On avait formé des champion·nes qui pouvaient diriger des collègues, qui disaient : « Oui, c'est le temps de transférer en spécialité » ou « Non, fais ça avant ». Ça nous permettait d'optimiser nos collègues spécialistes pour les garder pour des choses de spécialistes. Parce qu'on ne s'aide pas en première ligne lorsque l'on embourbe nos collègues spécialistes (professionnel·le de la santé, incluant les médecins de famille).

Enfin, l'importance de déterminer qui seront les expertes de contenu pour les formations et les pratiques à préconiser a été souligné afin de promouvoir la concertation des expertes et l'uniformité des contenus pour l'ensemble des membres de la communauté interne :

Ce qui me préoccupe, c'est la concertation au niveau des expertes de contenu. Il va falloir que l'information qui circule soit la même, à la même hauteur, ait la même orientation [...] parce que j'ai l'impression que les questions vont pouvoir partir dans tous les sens. Et qui seront nos expertes de contenu (gestionnaire)?

3.8 PARTENARIATS

Lors des discussions de groupe, en plus de mieux connaître l'ensemble des ressources, les participantes ont exprimé la nécessité de rehausser les collaborations et de créer des partenariats en fonction des différents besoins des personnes trans et non binaires. Par exemple, les intervenantes pourraient parfois consulter d'autres membres de la communauté interne plus expérimentées, qu'on pourrait nommer des champion·nes. Les participantes ont nommé également la possibilité d'une collaboration entre les professionnel·les pour suivre des cas cliniques, partager la responsabilité et avoir plus d'outils pour traiter des cas complexes. D'autres suggestions et solutions ont été mentionnées, telles que la consultation et la création davantage de liens avec des partenaires externes (organismes communautaires, intervenantes dans les écoles⁴), le développement des lieux d'échange sur le sujet et les enjeux de livraison des soins et des services (par exemple des tables de concertation) pour

⁴ L'idée de créer des liens entre les professionnel·les de la santé et dans les écoles est particulièrement ressortie pour les membres des organismes communautaires interrogées qui œuvrent, pour certaines, spécifiquement ou principalement avec les personnes mineures.

l'ensemble des parties prenantes (partenaires externes, professionnelles de la santé, tant de première ligne que de deuxième ligne).

Certaines participantes ont partagé l'idée de poser directement les questions aux personnes trans et non binaires, et de se servir de leur expérience d'usager·ères comme élément de base afin d'élaborer des initiatives mieux adaptées à leurs besoins. Dans le même ordre d'idées, un consensus a émergé : celui d'avoir une démarche très inclusive : « L'idée, c'est d'impliquer tout le monde (spécialiste). » On mentionne également le besoin d'améliorer la collaboration entre les GMF et au sein des GMF, et entre les différentes intervenantes : sexologues, psychologues, médecins, etc.

Voici quelques exemples tirés des propos recueillis sur ce thème :

Ça peut être via les infirmières scolaires, ça peut être des portes d'entrée, aussi qu'elles soient très sensibilisées parce qu'il va y avoir beaucoup de demandes qui risquent de passer par là. La santé publique pourrait être un bon partenaire, parce qu'ils mettent beaucoup de projets avec les écoles pour sensibiliser les jeunes et pour mettre des partenaires, comme un projet ITSS, par exemple (membre de la communauté interne impliquée).

Les professionnelles des écoles doivent être au courant parce qu'elles sont les yeux et les oreilles pour les jeunes. Tous les jours, ce sont elles et les familles qui voient ces jeunes le plus souvent. Et les professionnelles de la santé doivent savoir ce qui existe dans le réseau de l'éducation aussi. [...] Il doit y avoir un partage mutuel d'informations (membre des organismes communautaires).

Si une personne est hospitalisée et on ne sait pas comment l'aider, pourquoi ne pas faire affaire avec ces organismes [organismes communautaires]? On le fait [...] pour la violence conjugale, et elles vont se déplacer à l'hôpital pour accompagner une personne qui a vécu une situation difficile. Donc, développer ce réflexe (gestionnaire).

À titre d'exemple, une communauté de pratique a été créée au CIUSSS de la Capitale-Nationale. Elle est formée d'environ 35 intervenantes, de diverses professionnelles de la santé, d'organismes communautaires, de chercheuses universitaires et d'usager·ères trans et non binaires. Elles se rencontrent une fois par mois afin de discuter de cas précis. Les demandes et les besoins sont très variés, tels que l'accueil et les besoins cliniques spécifiques. Les différentes réalités entre les soins privés et publics ressortent particulièrement pour les professionnelles spécialisées qui naviguent parfois entre ces deux systèmes.

Un aspect important qui ressort particulièrement pour la majorité des participantes spécialisées avec la clientèle trans et non binaire est l'idée de créer plusieurs équipes multidisciplinaires afin de répondre au besoin de soutien des professionnelles de la santé, incluant les médecins de famille qui œuvrent auprès de cette clientèle :

Clairement, s'il y a [...] une équipe multidisciplinaire d'identifiée, il faut [...] que ce soit partagé dans l'ensemble de la communauté, qu'elle ait une fonction de consultante. Pas juste pour prendre en charge les patientes, mais aussi pour être capable d'accompagner d'autres équipes et que se rajoutent des nouvelles personnes dans ce corridor-là. Parce qu'il faudrait éviter que, dès qu'il y a le mot « trans » ou « questionnement identitaire », on se geroche la balle (professionnelle de la santé, incluant les médecins de famille).

Enfin, deux mises en garde ou problématiques en lien avec la création de partenariats sont ressorties des discussions. La première est liée au besoin de pérenniser les projets en lien avec les organismes communautaires. En conséquence du fonctionnement de financement par projet, la continuité des projets pourrait s'avérer difficile. La deuxième mise en garde est en lien avec l'idée de travailler en partenariat dans certains cas cliniques :

Les partenariats, ça va bien quand on arrive à discuter ensemble, mais sans le soutien d'une organisation, ces discussions de cas cliniques se passent un peu sur leur temps personnel, donc ça pose un problème sans le soutien de l'organisation (professionnelle de la santé, incluant les médecins de famille).

Les participantes souhaitent avoir le soutien du CIUSSS de l'Estrie – CHUS afin d'officialiser davantage, lorsque pertinents, des partenariats avec les organismes communautaires. De plus, celles-ci veulent inclure formellement ce travail en équipe multidisciplinaire dans la charge de travail des membres de la communauté interne. Une autre proposition consistait à fournir du soutien et à encourager ce type de partenariat, comme avec les tables de concertation. Une des membres des organismes communautaires a souligné que ces comités, s'ils sont créés, soient « représentatifs de tous les secteurs » et qu'un maximum d'intervenantes soit assis à la table.

Dans cette ETMI, les données contextuelles récoltées sur le fonctionnement des soins et des services dans le domaine privé sont négligeables, puisque l'objectif était de mieux saisir l'organisation et les enjeux vécus au sein du CIUSSS de l'Estrie – CHUS dans le système public de soins et de services. Toutefois, certains points intéressants ressortent quant au besoin d'uniformiser les pratiques ou, du moins, d'en arriver à une certaine vision commune : « Avancer ensemble avec une même vision, c'est ce qui me manque en ce moment avec les échanges au privé. Ce n'est pas pareil; ils n'ont pas la même réalité. ». Le domaine privé n'ayant pas les mêmes obligations, les manières de procéder divergent de celles du domaine public.

3.8.1 CLINIQUES SPÉCIALISÉES

Le thème des cliniques spécialisées ne ressort pas dans le discours des participantes et les données contextuelles. Cette organisation des soins n'est pas nommée explicitement; on fait vaguement mention des pour et des contre. À une occasion, on a fait référence à une clinique spécialisée de Montréal, mais davantage pour avoir des ressources afin d'accompagner les différentes usageres trans et non binares selon leurs besoins, notamment avec les soins transaffirmatifs. Il en sera davantage question dans la section touchant précisément ce sujet et l'accès à l'hormonothérapie. En résumé, la forme que cela peut prendre est variable, mais c'est la nécessité de travailler en partenariat qui prime ainsi que de créer plusieurs équipes multidisciplinaires pour éviter que les soins et les services incombent à quelques intervenantes. Une membre des organismes communautaires suggère d'implanter un comité permanent incluant plusieurs professionnelles de la santé (psychologue, médecin de famille, etc.), tant pour assurer la mise à jour des connaissances que pour discuter de certains cas cliniques en particulier.

Dans le groupe de discussion des professionnelles œuvrant auprès de cette clientèle, le partage des responsabilités et le travail en équipe multidisciplinaire sont ressortis des discussions. Les membres des organismes communautaires soulignent, quant à elles, que les cliniques spécialisées comportent certains désavantages, notamment les listes d'attente trop longues pour accéder à l'hormonothérapie. La majorité des cliniques ne prendrait plus de nouvelles patientes. Donc, un dédoublement des consultations en première ligne est à prévoir :

Toutes les cliniques [spécialisées] qui donnent des hormones avec le modèle de consentement éclairé avec des médecins de famille ont des listes d'attente fermées ou d'un minimum trois ans. Le modèle de clinique spécialisée ne fonctionne pas, il ne peut pas répondre à la demande. Les gens voient un médecin de famille différent pour leurs hormones, alors qu'ils-elles ont déjà un médecin de famille normal (membre des organismes communautaires).

En résumé, bien que les cliniques spécialisées présentent l'avantage de regrouper des expertises ainsi que de favoriser les échanges interdisciplinaires et le partage de responsabilités, dans la réalité, celles-ci constitueraient un goulot d'étranglement. Elles peuvent être une source de dédoublement des services de première ligne, et même une impasse en bloquant l'accès à l'hormonothérapie lorsqu'elles ne prennent plus de nouvelles références.

3.8.1.1 Les organismes communautaires

Toutes les membres des organismes communautaires interrogées ont spécifié le rôle important de leur organisme quant au référencement des usager·ères trans et non binares. C'est un des besoins prégnants de cette clientèle. Certaines membres mentionnent l'importance d'une mise à jour continue des listes de référence qu'ils-elles utilisent pour les spécialistes, les médecins de famille ou les professionnel·les de la santé ayant une approche transaffirmative⁵ dans leur pratique, afin qu'ils-elles soient davantage informées des ressources disponibles et des services offerts à ces usager·ères. Pour certaines membres, la liste pourrait se bâtir en temps réel, au fur et à mesure des expériences de soins et de services reçus par les personnes trans et non binares. En préconisant l'approche transaffirmative, la formation d'un réseau comprenant un plus grand nombre de professionnel·les et de médecins apparaît comme un élément clé pour améliorer l'accessibilité aux soins :

On préconise cette approche transaffirmative. On réfère ces professionnel·les qui sont transaffirmatifs ou, à tout le moins, qui comprennent un peu cette idée-là [...] sauf dans les cas où c'est le·la seule professionnel·le qui existe et quand, sans ça, les démarches arrêtent. [...] J'essaie de me bâtir ma propre petite liste que je tiens à jour, et un des projets que l'on cherche désespérément à faire financer [...] serait d'aller former les professionnel·les dans le réseau de la santé à la démarche transaffirmative pour que l'on puisse ensuite référer nos jeunes à ces professionnel·les et qu'ils-elles comprennent et soient capables d'appliquer cette démarche (membre des organismes communautaires).

Selon les propos recueillis, un arrimage entre les services des organismes communautaires et ceux du CIUSSS de l'Estrie – CHUS serait à privilégier, afin que toutes les intervenantes connaissent les ressources disponibles sur le territoire, mais également pour que cet arrimage puisse rendre accessible l'offre de formations de ses organismes aux membres de l'établissement (voir l'[annexe XXIII](#) pour l'exemple de partenariat à ce sujet entre la DPJe et un organisme communautaire). Selon certaines membres des organismes communautaires, si les soins et les services étaient mieux organisés et les professionnel·les de la santé mieux outillées et formées, incluant les médecins, le temps dégagé permettrait d'accélérer et de simplifier la prise en charge de la clientèle trans et non binaire, puisqu'ils-elles sont surchargées par l'ensemble des autres tâches cliniques :

Pour moi, ce sont des initiatives importantes qui vont régler des problèmes structurels dans l'avenir. Je ne passerai peut-être pas dix rencontres avec un jeune, mais cinq, parce qu'il y a

⁵ L'approche transaffirmative est basée sur le respect de l'identité de genre et de l'expression de genre d'une personne. Elle soutient les personnes dans l'exploration identitaire et dans l'affirmation de leur identité de genre, sans tenter de modifier celle-ci pour qu'elle corresponde au genre qui a été assigné à la naissance.

plusieurs aspects [...] qui n'auront plus besoin d'être travaillés. Ne serait-ce que l'accompagnement dans les différentes démarches [...] je n'ai pas besoin d'être présente à chaque étape, parce que je sais que toutes [les personnes œuvrant auprès des personnes trans et non binaires] s'orientent vers la même voie (membre des organismes communautaires).

Selon des participantes, certains partenariats ou initiatives entre les organismes communautaires et l'établissement pourraient être mis à profit afin d'éviter de réinventer inutilement ce qui existe déjà. Certaines membres des organismes communautaires mentionnent le service de paire-aidante qu'ils-elles ont implanté (pour plus de détails, voir la section [Présentation des recommandations et triangulation des données probantes](#)). C'est un service qui permet aux usager·ères trans et non binaires d'être accompagnés lorsqu'ils-elles le désirent, par exemple pendant une consultation médicale, afin de faciliter la compréhension et la communication entre les différentes professionnel·les de la santé, incluant les médecins de famille, les spécialistes et les usager·ères trans et non binaires (voir l'[annexe XXIV](#) pour des précisions sur l'organisme TransEstrie à ce sujet).

En résumé, les organismes communautaires pourraient devenir des partenaires de l'établissement en contribuant à la recension des ressources transaffirmatives, à la formation des professionnel·les du réseau, à l'accompagnement d'une personne trans et non binaires lors des démarches transaffirmatives, et ainsi contribuer à une organisation plus efficace de l'offre de soins et de services pour cette clientèle.

3.9 SOUTIEN DES USAGER·ÈRES TRANS ET NON BINAIRE ET DE LEUR FAMILLE OU DE LEURS PROCHES

Le soutien est un sujet particulièrement important lors des entretiens avec les membres des organismes communautaires et dans le groupe de discussion avec les intervenant·es spécialisé·es en santé trans ou œuvrant auprès de certaines clientèles, comme les personnes mineures. Ces participantes connaissent bien le vécu et les besoins des usager·ères trans et non binaires à différents moments de leur parcours de soins. Selon les propos recueillis, trois types de soutien sont ressortis : 1) le soutien pour les parents et les familles des personnes mineures; 2) le soutien pour les proches et les familles des adultes trans et non binaires; 3) le soutien aux usager·ères trans et non binaires pendant leur parcours de soins.

D'abord, le soutien aux familles des personnes mineures est prégnant et essentiel. Les parents et les familles des jeunes trans ou non binaires devraient avoir la possibilité d'obtenir un soutien au même moment que leur enfant dans le réseau de soins et de services afin de faciliter le parcours des jeunes et des parents. L'établissement doit s'assurer que cette offre est disponible, puisque plusieurs enjeux spécifiques aux personnes mineures peuvent surgir, par exemple : l'accord des parents est obligatoire dans certains soins, un désaccord avec les parents et la famille dans le cheminement de l'enfant peut rendre le parcours de soins plus difficile; et toutes les intervenant·es œuvrant auprès des jeunes ne sont pas formées nécessairement pour interagir avec les parents et les familles. Ces éléments sont nommés également concernant les proches et les familles des adultes trans et non binaires. Malgré le consentement non nécessaire de ceux-celles-ci pour les soins et les services des usager·ères trans et non binaires, les familles et les proches ont besoin d'explications afin de mieux saisir la situation. Le but est de les maintenir dans le réseau de soutien de ces usager·ères afin qu'ils-elles puissent compter sur ce soutien dans leur parcours :

Il faut toujours tenter d'impliquer la famille ou les proches, c'est ce que l'on souhaite et c'est ce que l'on s'est donné comme mandat dans nos différentes directions, mais c'est un défi en soi. Effectivement, pour certain-es, les liens ont été coupés. [...] Impliquer les parents et lorsqu'adultes [les usager-es trans et non binaires], continuer d'impliquer les proches (gestionnaire).

Oui, c'est important de ne pas oublier les familles, donc important qu'il y ait une diversité d'intervenantes et une diversité de possibilités [...] dans le communautaire [...] qu'il y ait des secteurs plus névralgiques, services généraux jeunes et adultes. Il faut qu'il y ait un minimum de ressources qui soient capables d'être assurées [...]. Et il ne faut surtout pas que le soutien aux parents arrive dans un an, si le jeune a déjà cheminé, il faudrait que le moment soit opportun (professionnelle de la santé, incluant les médecins de famille).

Les parents ont besoin de ressources; on fait des suivis avec les jeunes, mais on offre aussi des suivis aux parents. Les parents veulent savoir quoi faire avec leur jeune, veulent avoir des outils pour accompagner leur jeune, parce qu'ils n'ont pas les connaissances. On va rencontrer les jeunes parce qu'ils ont des questions sur eux-mêmes, et les parents, ça les rassure de savoir qu'il y a un sérieux derrière la démarche et que ce n'est pas juste une annonce comme ça (membre des organismes communautaires).

En ce qui concerne le suivi des proches pour les usager-es adultes, une spécialiste en deuxième ligne explique que :

J'ai fait des rencontres où je soutenais la personne dans l'annonce [...]. Somme toute, c'est très positif, je pense que les proches apprécient quand ils-elles ont des questionnements de comprendre la situation [...] comment le processus d'évaluation a été fait, comment on en est venu à la conclusion que le bon chemin est de rediriger vers l'endocrinologie, par exemple, ou comment on en vient à établir la nécessité d'une chirurgie. Juste avoir ces informations, c'est aidant, mais je pense que c'est surtout le soutien affectif pour permettre au-la patiente et à ses proches d'avoir une discussion ouverte dans un milieu un peu protégé (spécialiste).

Elle mentionne que ces rencontres facilitent le cheminement des usager-es et sont des expériences positives, mais cela demande du temps :

Si je pouvais avoir l'aide d'une personne qui ferait une partie de ce travail, pour moi, ce serait très, très aidant. Si jamais il y a des enjeux majeurs et qu'il faudrait faire des interventions de type thérapie familiale, là je pourrais embarquer, mais c'est gagnant de pouvoir faire ces interventions même avec les adultes (spécialiste).

Selon une gestionnaire, la nécessité d'obtenir des ressources et de créer des partenariats au sein de l'établissement est soulignée :

On a fait venir [une travailleuse sociale], mon équipe est formée transaffirmative. On travaille avec [un organisme communautaire qui offre des services pour les jeunes et les parents]. Des fois, d'aller à [cet organisme], c'est trop menaçant pour le parent, donc [...] on donne aussi des services aux parents de nos jeunes de 12 à 25 ans. Mais on pallie certains bris de services et je ne pourrais pas faire que ça parce qu'on n'a pas de services de première ligne plus campés par rapport à ça (gestionnaire).

Enfin, il existe plusieurs manières de procéder. Certain-es spécialistes mentionnent qu'ils-elles sont moins patientes ou à l'aise de travailler avec les parents. D'autres les considèrent comme des alliées qui font partie de l'équipe lorsque la situation est positive, mais ils-elles assument la possibilité d'une violence

suscitée par certaines incompréhensions. Dans ce cas, la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ) pourrait intervenir et prendre « des mesures [...] sans l'accord des parents » (intervenante de première ligne).

Donc, le soutien des usager·ères pendant leur parcours est un thème ressortant peu des groupes de discussion, mais mentionné fortement lors des entretiens avec les organismes communautaires. Une spécialiste explique toutefois que le système de soins et de services, de la manière dont il est conçu actuellement, ne convient pas pour certains parcours d'usager·ères trans et non binares. Une analyse serait nécessaire pour faire des suivis hors des épisodes de soins et de services :

Quand on parle du parcours de soins, il faut le voir d'une façon un petit peu différente que ce que le réseau à l'habitude de voir. Par exemple, moi, en psychosocial, je suis censée faire une offre de service de dix rencontres, entre telle date et telle date. Mais l'affirmation du genre, ça ne se passe pas comme ça [...]. Mais [...] autant pour les proches, je pense que la partie épisode de services devrait être repensée. Je ne pense pas qu'en dix rencontres, en six mois, on peut rendre compte de c'est quoi vraiment la trajectoire. Parce que, clairement, il·elle [l'usager·ère] n'aura pas ses chirurgies en dedans de six mois et, moi, je vais devoir fermer et adienne que pourra. [...] C'est achalant de fonctionner comme ça (professionnel·le de la santé, incluant les médecins de famille).

En lien avec le suivi à long terme des usager·ères trans et non binares, tous les organismes communautaires participants offraient l'occasion de contribuer à différents groupes de discussion, soit aux jeunes, aux parents ou aux proches. Selon les propos recueillis, ces groupes peuvent être une source de soutien tout au long du parcours ou du cheminement de la personne trans ou non binaire, des familles ou des proches. Un des rôles principaux de ces organismes est de créer des liens entre les membres des communautés. Des liens qui pourront être un soutien précieux tout au long du parcours de soins ou du cheminement des personnes trans et non binares :

Des personnes qui commencent leur cheminement en même temps, souvent se regroupent parce qu'elles vivent les mêmes choses. Elles peuvent se référer et se donner des vêtements. Il y a beaucoup d'entraide qui se crée. Parfois, de voir une personne qui a commencé, même juste depuis deux mois, l'autre personne aimerait être à son stade, donc ça donne espoir. Le groupe se soutient de cette façon-là (membre des organismes communautaires).

On accompagne surtout au début et peut-être dans les prochains mois ou années, je vais voir des familles revenir, mais du moins cela a permis de développer un lien. Donc, si jamais j'ai une famille qui aimerait rencontrer d'autres parents qui sont passés par là, bien j'ai une banque de parents que je sais que je peux faire du « matching » entre les deux familles pour qu'elles échangent sur leurs enjeux. [...] On peut être un point pivot à travers les années. Parfois, certains jeunes ont eu des activités et services avec nous et, plus tard, leurs familles sont venues sur notre CA s'impliquer (membre des organismes communautaires).

En résumé, une contribution reconnue des organismes communautaires pourrait pallier les manques du système de santé afin de mieux soutenir les usager·ères, mais également les proches et les familles des personnes trans et non binares lors de leurs démarches d'affirmation du genre. Pour ces dernières, l'accessibilité des soins et des services transaffirmatifs, en première ligne et en temps opportun, est un enjeu auquel les organismes communautaires pourraient constituer un élément de réponse afin de combler les besoins de la clientèle, des familles et des proches.

3.10 SOINS TRANSAFFIRMATIFS

Les données contextuelles suivantes concernent l'organisation des soins et des services en lien avec les interventions médico-chirurgicales nécessaires à la transition. Les questions précises, quant aux protocoles pharmaceutiques et aux procédures chirurgicales nécessaires à la transition, n'ont pas été abordées dans le présent rapport. Pour de plus amples détails, le lectorat pourra se référer aux guides de pratique clinique produits par les sociétés savantes.

Deux sujets ont émergé des échanges sur les soins transaffirmatifs et l'organisation des soins et des services, particulièrement des groupes d'intervenantes œuvrant auprès des usager·ères trans et non binaires, des groupes communautaires et, dans une moindre mesure, de certaines gestionnaires : l'hormonothérapie et les chirurgies d'affirmation du genre.

3.10.1 HORMONOTHÉRAPIE

Les différentes gestionnaires interrogées ont mentionné à plusieurs reprises le manque de formation et le sentiment d'incompétence des médecins de famille en première ligne concernant la prise en charge de l'hormonothérapie. Une gestionnaire a nommé les gynécologues, par exemple, à titre d'expertes en hormonothérapie. Une travailleuse sociale à l'urgence mentionne :

Les médecins de famille ne sont pas à l'aise de se positionner, pas à l'aise face à l'hormonothérapie. Former des champion·nes, oui, mais ultimement être en mesure de répondre aux questions des usager·ères. Si nos propres médecins ne sont pas capables d'avancer une partie de l'information à ces usager·ères-là, notamment sur l'hormonothérapie et les chirurgies, à la base, c'est une problématique en soi (professionnelle de la santé, incluant les médecins de famille).

Il y a une endocrinologue qui s'est spécialisée par la force des choses en hormonothérapie, ce qui fait que ça engorge beaucoup la deuxième ligne. Ça pourrait être un peu plus pris en charge en première ligne par les médecins des GMF. Juste par manque de connaissances, ils·elles ne se sentent pas compétentes [...]. Moi, je pense que ce serait des ressources tellement aidantes. Ils·elles sont quand même généralistes dans leur approche, minimalement pour accompagner ce·cette jeune-là (membre de la communauté interne impliquée).

Les spécialistes interrogées soulignent la surcharge de travail des endocrinologues pour les adultes et les personnes mineures. Certaines tentent de s'organiser à l'interne, entre collègues, et de se répartir de la clientèle trans et non binaire, mais ce sont des solutions à court terme. Selon une spécialiste, il faut comprendre comment l'ensemble du réseau de soins et de services peut mieux prendre en charge ces usager·ères :

Parce que l'accès est un problème, les personnes attendent trop longtemps pour voir l'endocrinologue et, nous, on est extrêmement intéressées à avoir l'appui de la première ligne, de la médecine de famille. [...] Il faut avoir évidemment des médecins de famille intéressés qui ont une formation ou qui se sentent à l'aise et confortables, donc il faut augmenter cette capacité-là et aussi l'aspect de donner des congés. Moi, je ne donnais pas de congés vers la première ligne, me disant que les médecins de famille sont moins confortables. Mais on s'est dit qu'on allait le faire avec leur médecin de famille simplement parce qu'avec une bonne description de la conduite et une bonne note de transfert, je pense qu'ensuite les médecins de famille peuvent prendre en charge (spécialiste).

3.10.1.1 Divergences d'opinions et enjeux éthiques

Selon les données contextuelles, des divergences d'opinions existent entre les professionnelles de la santé et les membres des communautés trans et non binaires, notamment sur le suivi et l'obtention de l'hormonothérapie. Ces enjeux concernent l'intervenantes à impliquer dans la trajectoire de soins et de services et le moment de son implication lorsqu'il y a une transition médicale. Les participantes, soit les membres des organismes communautaires et les professionnelles de la santé, soulignent le besoin ou le désir d'améliorer la communication et d'avoir des lieux propices à la discussion sur les différents enjeux. Les professionnelles font face à certains enjeux éthiques et déontologiques liés à leur pratique. Elles sont responsables du suivi des effets des traitements prescrits et de leurs complications, le cas échéant, et souhaiteraient que ces aspects soient mieux compris des usageres et des membres des organismes communautaires.

Les membres des organismes communautaires plus sensibles au vécu des usageres trans et non binaires souhaitent que la détresse, liée aux soins de transition médicale et à l'approche transaffirmative, soit mieux comprise par les prestataires de soins et de services. Voici un exemple des propos recueillis à ce sujet (voir l'[annexe XXII](#) pour davantage d'extraits d'entretiens) :

Je me dois d'expliquer ma position et parfois ça l'accroche et je le comprends bien. C'est vraiment cette question-là de représentation de notre rôle au niveau médical ou psychosocial, je pense que l'on gagnerait à avoir une discussion plus ouverte avec les gens de la communauté pour que, de part et d'autre, les attentes et les rôles de chacun soient clarifiés. Parce qu'on a quand même certaines exigences éthiques et déontologiques quand on donne des soins, parce qu'on reste dans les soins malgré tout, là. [...] On gagnerait à communiquer ouvertement là-dessus. C'est tout le temps un peu délicat, mais je me dis [...] qu'il faudrait qu'on en parle parce que ça crée des frustrations de part et d'autre, et il y a probablement des affaires qui ne sont pas dites là-dedans (professionnelle de la santé, incluant les médecins de famille).

Les professionnelles de la santé, œuvrant auprès des adultes ou des personnes mineures, soulignent qu'elles n'ont pas les connaissances leur permettant d'analyser de manière satisfaisante les cas cliniques plus complexes, notamment lorsque d'autres problématiques doivent être prises en compte, comme des situations psychosociales difficiles :

J'ai des enjeux éthiques et [...] c'est lourd de prendre la décision d'aller vers les hormones sans avoir eu une évaluation satisfaisante et c'est ce qui me manque [dans le public]. Je suis seule à devoir accompagner le/la jeune et ce n'est pas mon expertise d'évaluer toutes les sphères complexes qu'il y a autour. Je n'ai pas été formée à prendre tout en compte pour me dire si on offre la meilleure chose à ce jeune-là à ce moment-là. On sait qu'on ne veut pas nuire en n'offrant rien, mais on a peur d'offrir trop vite trop tôt à quelqu'un qui a besoin d'autres choses que des hormones, donc c'est complexe (spécialiste).

En lien avec la coordination des soins et des services, un enjeu émerge des discussions entre les participantes : les usageres trans et non binaires n'obtiennent pas les « bons soins et services au bon moment » au sein de l'établissement. Ce thème est affilié au centre de référence, puisqu'il s'agit de mieux organiser les soins et les services offerts à ces usageres afin d'en optimiser la qualité et l'accessibilité. Toutefois, la difficulté consiste à connaître les bons soins à offrir et le moment opportun. Toutes les professionnelles ne s'entendent pas et il y a des divergences d'opinions à cet effet, notamment concernant les lettres de recommandation pour les transitions médicales (par exemple l'hormonothérapie et les chirurgies d'affirmation du genre) et l'utilisation du consentement éclairé :

Le fait de ne pas arriver au bon moment peut, peut-être, alourdir le travail au niveau médical parce qu'il y a des choses qui n'ont pas été explorées [...] avant en psychosocial. Les soins sont de moins grande qualité quand il y a des choses qui n'ont pas été faites et explorées avant avec le-la patiente. C'est un risque pour tout le monde, ça alourdit les responsabilités et c'est un risque pour l'usager·ère (professionnelle de la santé, incluant les médecins de famille).

Il faudrait absolument que les usager·ères soient informées que ce que l'on fait, c'est d'offrir les bons services, ce n'est pas du « gatekeeping », ce n'est pas parce qu'on suggère de voir une travailleuse sociale ou une psychologue avant de voir l'endocrinologue qu'on l'empêche d'avoir accès aux services dont il·elle a besoin, c'est important (professionnelle de la santé, incluant les médecins de famille).

Je fais souvent fasse à des enjeux éthiques [...] où les patient·es ont attendu 3, 6 mois, un an avant de me voir [endocrinologue]. [...]. C'est sûr que, dans les conférences, les spécialistes et plusieurs expertes disent que c'est important de ne pas avoir de barrières aux soins médicaux ou en hormonothérapie sur la base économique [...] l'accès aux psychiatres et aux psychologues, les délais sont long. Il y a donc une barrière à l'accès. On est dans ce dilemme éthique là : est-ce que je commence l'hormonothérapie sans avoir la fameuse lettre, parce que ce n'est pas juste ou équitable d'avoir une barrière aux soins auxquels le-la patiente a droit? (spécialiste).

En ce qui concerne les lettres de recommandation afin d'obtenir l'hormonothérapie, ce processus est parfois qualifié par différentes participant·es comme alourdissant le parcours de soins et de services, mais également comme un élément à clarifier dans le parcours des usager·ères trans et non binaires. Les résultats des données contextuelles soulignent fortement les divergences d'opinions ainsi que l'importance d'une compréhension mutuelle des revendications et des vécus, soit des professionnel·les, des usager·ères et des organismes communautaires, notamment en lien avec les lettres de recommandation et le parcours de soins et de services liés à l'hormonothérapie. À ce sujet, un·e membre des organismes communautaires souligne que l'approche transaffirmative doit être bien comprise :

On ne veut pas juste que l'on donne des hormones à tout le monde. [...] Le consentement éclairé peut passer par autre chose que de valider que la personne est réellement trans ou non. [...] On comprend qu'il y a des préoccupations éthiques. [...] Ce que l'on souhaite, c'est que la personne soit capable de donner un consentement éclairé et [...] ce n'est pas de poser des questions à savoir si la personne est réellement trans, mais c'est de poser des questions à savoir si la personne comprend les effets des hormones (membre des organismes communautaires).

C'est d'entendre leurs [professionnel·les de la santé et médecins] préoccupations. Le pourquoi [...] de leurs exigences, qu'est-ce qui fait que, médicalement, il·elles doivent fonctionner comme ça. Pour qu'on puisse, ensuite, leur expliquer la démarche transaffirmative, sur quoi c'est appuyé et pourquoi on la revendique, et on essaie de voir où est le terrain d'entente possible (membre des organismes communautaires).

Je ne crois pas que certain·es professionnel·les de la santé ont certaines exigences parce que ça ne leur tente pas. Il y a une réflexion sur le bien-être de la population derrière et c'est de voir si on est capable de fonctionner tout le monde ensemble pour uniformiser une démarche. En sachant bien qu'il y a des particularités (membre des organismes communautaires).

Une discussion sur les meilleures pratiques concernant « les bons soins au bon moment » est nécessaire. Selon un·e membre des organismes communautaires, il ne faut pas concevoir la consultation avec un·e professionnel·le, par exemple un·e psychologue, comme un service dont on aurait automatiquement besoin d'obtenir avant des soins liés à la transition de genre. Les évaluations pour obtenir une lettre de recommandation peuvent poser certains problèmes :

Avec toutes les [...] lettres de recommandation, ce qui se passe, c'est que quand on voit une thérapeute [...], on ne se sent pas libre de recevoir les services parce qu'on veut le-la convaincre de nous écrire une lettre. [...] Je ne peux pas parler de mes doutes parce qu'il-elle va me dire : « Tu ne peux pas prendre des hormones. » [...] Donc, elles [les personnes trans et non binaires] cachent leurs problématiques, de peur de se faire refuser des hormones (membre des organismes communautaires).

En conséquence du manque d'accessibilité à l'hormonothérapie, que ce soit au sein de l'établissement, tant en première qu'en deuxième ligne, ou en clinique spécialisée, on peut constater une augmentation de la consommation illicite d'hormones, comportant des risques pour la santé et la sécurité des individus :

Les gens se font venir des hormones sur Internet [...], très facile. Donc, après tu espères que ce soit des hormones et que tu gères la dose correctement. C'est pour ça que je dis aux médecins : « Tu ne peux pas empêcher une personne d'avoir accès aux hormones. Tu peux seulement l'empêcher d'avoir accès à des hormones sécuritaires. Parce que la personne qui ne correspond pas à ta définition d'être réellement trans, eh bien, ça ne change rien à son besoin d'avoir des hormones ou pas. » Elle va seulement se les procurer ailleurs. Il y a aussi des gens qui s'en partagent entre eux (membre des organismes communautaires).

En résumé, une amélioration de l'accessibilité à l'hormonothérapie reposant sur l'optimisation dans l'organisation des soins et des services qui répondrait aux enjeux déontologiques des professionnel·les prescripteur·trices serait idéale. Celle-ci permettrait d'accélérer la réponse aux besoins de la clientèle trans et non binaire tout en réduisant les méfaits engendrés par l'accès illicite et la prise non supervisée d'hormones sexuelles.

3.10.2 CHIRURGIES D’AFFIRMATION DU GENRE

Le thème des chirurgies d'affirmation du genre n'est pas particulièrement ressorti des entretiens lorsqu'il était question de soins transaffirmatifs. Ces interventions sont souvent réalisées dans un second temps, après l'initiation à l'hormonothérapie, qui est l'intervention primordiale et la plus urgente.

On a toutefois mentionné, lors des groupes d'échange, les besoins de formations sur la sensibilisation, la nature et les conséquences physiques de ces interventions chirurgicales d'affirmation du genre, ainsi que de formations plus spécifiques sur les soins post-chirurgicaux à prodiguer à la suite de ces interventions.

Les membres des organismes communautaires interrogés ont également souligné que, comme les chirurgies d'affirmation du genre au Québec se font au GrS Montréal (complexe chirurgical spécialisé en chirurgies d'affirmation du genre), des lettres de recommandation sont exigées, selon un modèle précis, pour accéder aux procédures. Il faudrait donc prendre en compte cet élément dans le parcours de soins et de services des usager·ères en ce qui concerne les chirurgies d'affirmation du genre. À ce sujet, certaines membres du comité consultatif ont spécifié que ces chirurgies doivent se faire obligatoirement au GrS Montréal. Dans ce contexte, il pourrait être utile, mais complexe, de réfléchir à la possibilité d'offrir des chirurgies d'affirmation du genre en Estrie, notamment pour ce qui est des procédures moins spécialisées (par exemple la mastectomie) pour lesquelles le CIUSSS de l'Estrie – CHUS possède déjà l'expertise.

En résumé, une meilleure connaissance des aspects cliniques et administratifs du référencement pour les chirurgies de changement de genre, ainsi que le suivi postopératoire de ces procédures serait optimal pour améliorer les soins et les services offerts par les membres de l'établissement à la clientèle trans et non binaire.

4. DISCUSSION

Ces travaux d'ETMI avaient pour objectif d'identifier les processus clés afin d'optimiser les soins et les services offerts aux personnes trans et non binaires au CIUSSS de l'Estrie – CHUS. Cet avis complet avec recommandations, combiné à l'état des connaissances portant sur la culture organisationnelle de l'établissement (volet 1), a démontré que l'atteinte de ce but nécessite la mise en œuvre d'un changement de culture organisationnelle (9). Ce dernier, ancré dans la politique d'EDI de l'établissement, constituera la base sur laquelle s'appuiera la mise en place d'une offre de soins et de services accessible et de qualité pour ces personnes sur l'ensemble du territoire à tous les niveaux, que ce soit dans les installations ou à l'échelle des neuf réseaux locaux de services (RLS) de l'établissement.

L'ensemble des données probantes souligne l'importance de travailler à la mise en place d'actions concertées. Tous les milieux de soins et de services du CIUSSS de l'Estrie – CHUS devraient acquérir des connaissances de base ou plus approfondies en ce qui concerne la mise en œuvre de l'approche transaffirmative et être à même d'offrir des soins et des services de qualité aux usager·ères trans et non binaires. À ce sujet, la capacité de prise en charge des professionnel·les de première ligne serait un élément central à l'accessibilité des soins et des services.

Les recommandations présentées dans cet avis ont été codéveloppées à partir de la triangulation des données probantes, incluant les résultats de l'analyse des données extraites de la littérature scientifique ainsi que de l'analyse des données contextuelles. De plus, pour les recommandations sur les modifications des lieux physiques et les formulaires administratifs, ainsi que les formations de sensibilisation, la triangulation inclut les données recueillies dans le volet 1 (9).

La revue systématique contenant 20 articles scientifiques portait précisément sur l'organisation des soins et des services pour les personnes trans et non binaires, adultes et mineures (4 articles traitaient des enjeux liés aux jeunes), dans différents pays à travers le monde (10 articles) ainsi qu'au Canada (10 articles). Le guide des Standards de soins de la WPATH (8^e version, 2022) a été publié à la fin du processus d'ETMI. Les données de certaines thématiques ont été extraites selon des sujets ayant ressorti fortement des résultats des données probantes (15). Ces éléments concernaient particulièrement les soins et les services liés à la transition médicale ainsi que le parcours de soins et de services des personnes mineures.

Les données contextuelles ont été récoltées afin de préciser les enjeux liés aux réalités spécifiques du CIUSSS de l'Estrie – CHUS, dont l'offre actuelle de soins et de services pour la clientèle trans et non binaire sur le territoire de l'Estrie. Elles concernaient également le niveau de connaissances, sur ces enjeux organisationnels, des membres de la communauté interne, des différent·es gestionnaires et des professionnel·les de la santé impliquées, incluant les médecins (DPJe et DSAG-SSG-DTSA). Les données contextuelles en ce qui concerne la réalité des personnes mineures provenant des parents, des jeunes trans et non binaires, des usager·ères, des membres des organismes communautaires (offrant des services à cette clientèle) ou des professionnel·les de la santé (par l'exposition à des cas dans leur pratique professionnelle) ont également été intégrées dans l'analyse et la formulation des recommandations.

Lors de ce projet, l'accessibilité et la qualité des soins et des services offerts aux usager·ères trans et non binaires, ainsi qu'à leur famille et à leurs proches, étaient au cœur des préoccupations. Les barrières

d'accès ont été prises en compte dans les deux volets de cette ETMI. Les recommandations reflètent la nécessité d'enrayer ces barrières afin d'optimiser les soins et les services. Les usager·ères trans et non binaires ont des parcours et des besoins diversifiés, auxquels le CIUSSS de l'Estrie – CHUS devrait s'arrimer. L'intersectionnalité⁶ est au cœur d'une vision plus large concernant l'équité, la diversité et l'inclusion, et devrait également être reflétée dans l'offre de soins et de services aux personnes trans et non binaires.

En ce qui concerne les trajectoires de soins et de services, un élément clé des recommandations de cette évaluation concerne l'importance d'offrir de la flexibilité dans l'élaboration de ces trajectoires. Déterminer des trajectoires avec des exigences ou des lignes directrices trop rigides, tant pour les personnes mineures que les adultes, pourrait constituer une barrière, limitant par conséquent l'accès aux soins et aux services. Il s'agit donc d'un point de vigilance important ayant été soulevé lors des échanges en comité consultatif. Les recommandations finales valorisent la détermination de plusieurs trajectoires selon les différents besoins des personnes trans et non binaires. Ces recommandations permettront ainsi une personnalisation de leur parcours de soins et services selon leurs besoins, et cela au-delà des catégories de clientèles spécifiques auxquelles ces usager·ères appartiennent.

En somme, la personnalisation des soins et des services demeure pertinente, tant pour les adultes et les aîné·es que pour les jeunes. Cette personnalisation pourrait inclure la prise en charge d'autres problèmes de santé ou de troubles du développement pour les personnes mineures (par exemple, un trouble du spectre de l'autisme).

Barrières à l'accès aux traitements transaffirmatifs :

Les données probantes ne permettent pas de statuer sur la nécessité d'exiger des lettres de recommandation pour avoir accès à ces soins. Cependant, les lettres et les évaluations psychologiques sont majoritairement exigées dans la pratique, en comparaison avec l'utilisation du consentement éclairé, ce qui influence de manière importante les trajectoires de soins et de services des personnes trans et non binaires. Différents enjeux découlent des données contextuelles, notamment en ce qui concerne la prise en charge et le suivi de l'hormonothérapie, pour les usager·ères trans et non binaires mineures et adultes, les membres des organismes communautaires et les différentes spécialistes et professionnelles de la santé, incluant les médecins. Les visions divergent dans la pratique et, au Québec, plusieurs manières de procéder coexistent. L'ensemble des résultats confirme l'existence de visions divergentes entre les différentes professionnelles de la santé impliquées (incluant les médecins de famille et les spécialistes) et sur les meilleures pratiques de soins et de services en lien avec la transition médicale.

Lors du processus de coconstruction des recommandations avec le comité consultatif, il a été souligné que ces exigences dépassent les travaux de la présente ETMI. Cependant, en raison de leur influence sur les trajectoires de soins et de services des usager·ères trans et non binaires, le sujet des lettres de recommandation ne pourra être évacué des réflexions futures lors de l'implantation des recommandations.

⁶ « L'intersectionnalité vise à comprendre comment les intersections de différentes caractéristiques individuelles mettent en place des expériences particulières d'oppression et de privilège. Les conséquences de ces caractéristiques sont souvent vécues de façon simultanée — chaque facteur pouvant exercer une influence sur les autres. » (41)

Accès aux soins chirurgicaux spécialisés :

Le sujet des chirurgies d'affirmation du genre a été peu couvert dans cette ETMI. Un enjeu est toutefois bien ressorti des données contextuelles, soit l'importance de formations, notamment, concernant le suivi des usager·ères trans et non binaires ayant eu des complications à la suite d'une chirurgie d'affirmation du genre. De plus, un autre enjeu important concerne les chirurgies d'affirmation du genre à Sherbrooke, puisqu'il serait impossible actuellement pour les usager·ères trans et non binaires d'obtenir une chirurgie dans la région. En effet, même si le CIUSSS de l'Estrie – CHUS possède l'expertise pour ces chirurgies, ces procédures sont actuellement réalisées dans un établissement spécialisé dans le domaine : le complexe chirurgical GrS Montréal. Ce sujet dépasse la portée de cette ETMI, mais une recommandation mentionne que cet enjeu devrait être discuté si une communauté de pratique est créée. Ces chirurgies s'avèrent un élément important à prendre en compte dans la trajectoire de soins et de services des usager·ères trans et non binaires, surtout concernant l'accessibilité et la qualité des soins et des services.

Cliniques spécialisées, centre de référence et communauté de pratique :

Les données probantes soulignent clairement que les désavantages sont plus importants que les avantages pour la prise en charge dans les cliniques spécialisées, notamment concernant l'accessibilité aux soins et aux services. Toutefois, le travail en équipe multidisciplinaire est préconisé. Les recommandations en lien avec le centre de référence et la création d'une communauté de pratique répondent au besoin de codévelopper en réseau une offre de soins et de services adaptée aux différentes trajectoires et à la situation médicale des personnes trans et non binaires. Ce réseautage pourrait contribuer à la création de différentes équipes multidisciplinaires qui prendraient en charge certains cas cliniques spécifiques plus complexes.

Enfin, ce projet d'évaluation préconise de demeurer vigilantes quant à l'objectif d'une sensibilisation et d'une prise en charge étendue sur l'ensemble du CIUSSS de l'Estrie – CHUS pour améliorer et assurer l'accessibilité et la qualité des soins et des services offerts aux personnes trans et non binaires. Cela signifie, en termes concrets, que l'accessibilité aux soins et aux services transaffirmatifs de base (hormonothérapie, soutien psychosocial, entre autres) devrait à terme être assurée par la première ligne, dans la mesure du possible.

Barrières administratives – formulaires et lieux physiques :

Une saturation des données a été réalisée pour la majorité des thèmes. Toutefois, la nature de l'ETMI étant vaste et à large spectre, certains thèmes plus spécifiques ont été traités de manière plus circonscrite, tels que les modifications des lieux physiques et les enjeux liés aux formulaires administratifs. Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) procédera à l'élaboration de directives et de normes au sujet de l'uniformisation des formulaires administratifs, normes auxquelles l'établissement devra s'arrimer. Celles-ci devraient être plus inclusives, en permettant une distinction entre le sexe assigné à la naissance et l'indication du genre dans un format non binaire. Les données issues de la recension des écrits ont révélé que les formulaires administratifs binaires pouvaient représenter une barrière d'accès aux soins, en particulier pour les personnes non binaires, qui ne peuvent indiquer leur véritable identité de genre dans ces formulaires.

Pour ce qui est de l'adaptation des lieux physiques pour les rendre plus inclusifs, les données contextuelles font ressortir la pertinence de prioriser des projets dans des lieux précis au sein des installations, tels que les cafétérias ou les amphithéâtres, où le risque de la présence de salles de bain

ou de toilettes genrées serait plus prononcé. Il est également pertinent de prioriser des endroits où la sécurisation des lieux est un enjeu explicite, comme les centres d'hébergement pour les jeunes, où les salles de bain sont le plus souvent genrées, par exemple. En ce qui concerne l'adaptation des lieux physiques et des formulaires administratifs, il a été possible de trianguler les résultats obtenus dans le volet 1, permettant ainsi l'élaboration de recommandations pouvant s'appuyer sur des données probantes solides sur ces sujets (9).

Pour terminer, certains thèmes importants de l'analyse des résultats des données contextuelles n'ont pas fait l'objet d'une collecte de données probantes qui pourraient démontrer leur efficacité. Cependant, certains éléments étaient présents, notamment dans les recommandations sur la création d'un centre de référence et la nomination de champion·nes. Ces recommandations sont adaptées aux réalités du CIUSSS de l'Estrie – CHUS. Elles constituent un ensemble d'actions concertées et combinées afin d'optimiser l'offre de soins et de services pour les usager·ères trans et non binaires.

Considérations éthiques :

Les quatre principes bioéthiques de Stone – le respect de l'autonomie, la bienfaisance, la non-malfaisance et la justice – ont été pris en considération dans les différentes phases de ce projet. En effet, ils ont guidé l'élaboration des grilles d'extraction et des guides d'entretien ainsi que l'analyse des données. Ces principes ont aussi grandement influencé l'élaboration des recommandations.

En effet, le principe du **respect de l'autonomie** est particulièrement au cœur de la recommandation 10 : « S'assurer d'offrir une offre de services pour soutenir les familles ou les proches des usager·ères trans et non binaires, dans une approche transaffirmative. ». L'approche transaffirmative est basée sur le respect et la validation de l'identité de genre d'une personne. Selon cette approche, la diversité de genre est normale et doit être dépathologisée. Contrairement aux approches correctives ou réparatrices, l'approche transaffirmative soutient les personnes trans et non binaires dans l'affirmation et l'expression de leur identité de genre. Les professionnel·les de la santé adoptant cette approche aident les usager·ères trans et non binaires à accéder aux soins qu'ils·elles souhaitent obtenir et tentent de réduire le plus possible les barrières entravant leur parcours.

Le **principe de bienfaisance** sous-tend plusieurs recommandations formulées dans le présent rapport. En effet, les trois premières recommandations, dont l'objectif est de rendre les lieux physiques et les formulaires administratifs plus inclusifs, visent à assurer une expérience de soins plus positive pour les usager·ères trans et non binaires. L'application de ces recommandations pourrait contribuer à faire du CIUSSS de l'Estrie – CHUS un établissement plus sécuritaire pour les personnes issues de la diversité de genre. Les données issues de la recension systématique ont montré qu'un environnement inclusif contribue à améliorer la santé physique des usager·ères trans et non binaires et à augmenter leur niveau de bien-être.

Le **principe de non-malfaisance** a guidé l'élaboration de la recommandation 4, qui est de fournir une formation de sensibilisation obligatoire sur la diversité de genre à tout le personnel du CIUSSS de l'Estrie – CHUS. Le fait de rendre obligatoire une formation pourrait être considéré comme contrevenant au principe du respect de l'autonomie par le personnel. En effet, certain·es employé·es pourraient estimer que cette obligation brime leur autonomie puisqu'ils·elles pourraient, par exemple, s'informer sur la diversité de genre dans un autre contexte que la formation obligatoire ou bien ne pas considérer que cet enjeu nécessite un investissement de leur temps. Or, la recension des écrits et les données contextuelles ont montré que la méconnaissance de la diversité de genre pour le personnel des

établissements de santé peut entraîner des préjugés, des microagressions et de la discrimination envers les usager·ères trans et non binaires, ce qui peut avoir en retour des effets négatifs sur la santé mentale de ces dernier·ères et nuire à leur parcours de soins. Ainsi, le principe de non-malfaisance sous-tend la recommandation d’offrir une formation obligatoire à tout le personnel afin de favoriser un environnement accueillant et sécuritaire. L’établissement pourrait prendre certaines mesures pour favoriser également l’autonomie du personnel, entre autres, en impliquant les équipes dans le déploiement et l’implantation de la formation (par exemple, le choix de la formule et le format des activités), afin de leur offrir des options qui leur conviennent.

La recommandation 12 respecte également le **principe de non-malfaisance**. En effet, il est recommandé de former les professionnel·les de la santé œuvrant en première ligne pour qu’ils-elles puissent prendre en charge l’hormonothérapie de manière sécuritaire. En d’autres termes, il est important que le personnel de première ligne soit suffisamment formé pour prodiguer des soins transaffirmatifs de qualité, ne nuisant pas à la santé physique et mentale des usager·ères trans et non binaires. De plus, il faut s’assurer que le personnel de la santé de la première ligne qui administre ces différents traitements est bien formé dans le counseling et que les personnes trans et non binaires reçoivent les informations nécessaires sur les conséquences de ces traitements (par exemple, sur leur fertilité) pour faire un choix de chirurgie ou d’hormonothérapie bien éclairé.

Le **principe de justice** a guidé l’élaboration de la recommandation 11 : « La création d’une clinique spécialisée n’est pas recommandée. ». En effet, la centralisation des soins transaffirmatifs peut poser des enjeux d’accessibilité ainsi que des coûts liés au transport, entre autres. Par exemple, pour une personne habitant en région rurale en Estrie, il serait préférable qu’elle puisse avoir accès à des soins transaffirmatifs dans un établissement de santé près de chez elle plutôt que de devoir se rendre dans une grande ville pour obtenir ces soins dans une clinique spécialisée en santé trans. En somme, le fait de prodiguer des soins transaffirmatifs en première ligne assure une meilleure accessibilité de ces soins à l’ensemble des personnes trans et non binaires résidant sur le territoire de l’Estrie, ce qui respecte le principe de justice.

Limitations de l’ETMI :

Cette ETMI possède diverses limitations méthodologiques, notamment la date de fermeture de la recension du corpus scientifique, fixée en 2019. De plus, certaines étapes de la recension des écrits et de l’analyse qualitative n’ont pas été réalisées par deux personnes ou validées par une autre personne. Compte tenu de la nature émergente et du changement rapide des données scientifiques, le délai dans la recherche documentaire et la limite méthodologique concernant la validation des données pourraient avoir provoqué l’omission de nouvelles tendances et informations pertinentes sur le sujet. Toutefois, les échanges entre les membres du comité consultatif impliquées sur le terrain, provenant d’horizons variés ainsi que l’intégration partielle de la version 8 des Standards de soins de la WPATH, document datant de 2022, pourraient avoir atténué ce possible déficit d’informations.

Les revues systématiques (RS) incluses ont été considérées comme de très faibles qualités. S’ajoutant à celles-ci, deux études quantitatives descriptives ont été considérées de faibles qualités. De plus, la collecte de statistiques sur le nombre d’usager·ères a été complexe et fort probablement partielle. Enfin, les parcours de soins et de services s’avèrent très diversifiés, tant pour les adultes, les jeunes, les personnes âgées et les différentes clientèles, telles que les personnes mineures atteintes du trouble du spectre de l’autisme. Le présent rapport ne permettra probablement pas de répondre à toutes ces situations particulières. Il importe de mentionner également que plusieurs personnes trans et non

binaires n'ont parfois pas accès aux soins et aux services. Donc, cette clientèle serait difficile à recenser. Éventuellement, ces éléments devront être pris en compte lors de l'implantation de soins et services afin de tenter d'obtenir des données permettant d'avoir une meilleure idée des besoins et de l'ampleur de la clientèle trans et non binaire desservie au CIUSSS de l'Estrie – CHUS. Ces informations seraient très pertinentes pour orienter la prise de décision, voire prioriser certaines actions en tenant compte des enjeux actuels dans le réseau de la santé.

Pour le recueil de données contextuelles, des choix ont dû être faits, ce qui a engendré certaines limites dans les résultats. Idéalement, il aurait été préférable d'inclure dans les groupes de discussion des membres de la communauté interne provenant des neuf RLS afin de ne pas se centraliser dans la région sherbrookoise. Plusieurs participant·es, particulièrement parmi les gestionnaires, provenaient d'autres réseaux locaux de services. Les différentes professionnel·les de la santé œuvrant auprès de cette clientèle étaient davantage centralisées dans la région de Sherbrooke. Enfin, en raison de contraintes liées à l'ampleur de ce projet, les membres des organismes communautaires représentent les usager·ères trans et non binaires. Lors des travaux du volet 1 (9), les usager·ères trans et non binaires ont fait partie du comité consultatif, et cinq employé·es trans et non binaires ont été interrogé·es. Malgré ces efforts, une surreprésentation de personnes ayant participé aux travaux provenait du RLS de Sherbrooke. Cet élément pourrait avoir limité l'apport des réalités rurales et soulever de potentiels enjeux d'équité dans l'accessibilité à des soins et des services de qualité sur l'ensemble du territoire de l'établissement. D'ailleurs, les enjeux ruraux, bien que présents dans la littérature recensée, sont pratiquement absents des données contextuelles recueillies lors du processus d'évaluation. En effet, une seule personne a abordé ces enjeux au cours de l'entretien, disant craindre que les personnes trans et non binaires vivant en milieu rural aient plus de difficultés à obtenir des services que celles vivant en milieu urbain.

L'ensemble des données probantes ne porte pas sur des enjeux médicaux et cliniques précis, mais sur l'organisation des soins et des services au sens large. Les données probantes de cette ETMI ne permettent donc pas de tracer une trajectoire claire et de se prononcer sur des enjeux médicaux ou cliniques concernant les processus de transition médicale pour les personnes trans et non binaires.

Enfin, certains enjeux en lien avec l'intersectionnalité, notamment pour l'immigration, n'ont pas été intégrés dans ce rapport comme l'a souligné la validatrice externe, Dre Lou-Ann Morin. Par exemple, il n'a pas été question des barrières aux soins transaffirmatifs qui peuvent entraver le parcours des personnes trans et non binaires migrantes non citoyennes. De plus, aucune personne trans et non binaire représentant les personnes immigrantes n'a participé au comité consultatif. Dans un contexte où l'immigration augmentera au cours des prochaines années, il serait pertinent d'approfondir cet enjeu et de trouver des solutions au sein du CIUSSS de l'Estrie – CHUS pour faciliter le parcours des personnes trans et non binaires migrantes, qui seront possiblement de plus en plus nombreuses dans la région.

Contexte de production et validation des données probantes :

Le présent rapport a été réalisé dans le contexte de la pandémie de COVID-19, situation sanitaire qui a fortement ralenti l'avancement des travaux. En cours de réalisation, plusieurs départs de membres de l'équipe de production sont venus perturber le déroulement du projet. Cette situation a pu contribuer à réduire la qualité du rapport et en a certainement retardé la publication.

L'équipe de l'UETMISSS a trouvé tardivement, au cours de processus, une spécialiste pour réaliser une révision externe du contenu de la partie scientifique de ce rapport, les rares spécialistes dans ce

domaine étant particulièrement sollicitées actuellement. Une telle révision permet de valider la démarche et le contenu scientifique de la recension des écrits, ainsi que la collecte des données expérientielles et contextuelles. Cette évaluation a été réalisée après la production des recommandations, ce qui n'aura pas permis d'ajouter l'apport de l'expertise externe au moment des échanges pour les produire. Néanmoins, la Dre Lou-Ann Morin a accepté de procéder à une relecture de rapport et à une validation du contenu (voir l'[annexe X](#)).

Convergence avec les lignes directrices du MSSS :

Le guide intitulé *Lignes directrices sur la santé et le bien-être des personnes de la diversité sexuelle et des genres*, publié par le MSSS (42), présente plusieurs points de convergence avec les recommandations émises dans les volets 1 et 2 du présent rapport. Il est à noter que ce guide n'a pas été intégré dans l'analyse des données et l'élaboration des recommandations du présent rapport vu la date de publication du guide (avril 2023), moment où le rapport était rendu à l'étape de la révision finale.

La première ligne directrice de ce guide, « favoriser un accueil, des milieux et des services inclusifs et sécuritaires », rejoint les recommandations de l'UETMISSS sur l'importance de modifier les lieux physiques et les formulaires administratifs pour qu'ils soient plus inclusifs. De plus, la deuxième ligne directrice du guide, « favoriser le développement des compétences », va dans le même sens que la recommandation d'offrir une formation de base sur la diversité de genre à tout le personnel de l'établissement. Comme il est indiqué dans le guide du MSSS, « il faut s'assurer que tout le personnel (administratif, d'intervention, médical, de gestion, etc.) a une compréhension générale des réalités des personnes de la diversité sexuelle et des genres, pour favoriser une reconnaissance et un meilleur respect de celles-ci ainsi que prévenir toutes formes de discrimination (ex. : stéréotypes, préjugés, etc.) ». Enfin, un engagement phare nommé dans ce guide, « offrir un soutien psychosocial en soutien à l'affirmation de genre », rejoint en partie les recommandations 9 et 10 du présent rapport, qui préconisent un soutien pour les usager·ères trans et non binaires (durant leur parcours de soins) ainsi qu'un soutien pour leur famille et leurs proches.

5. CONCLUSION

Cette évaluation visait à optimiser l'offre de soins et de services offerte aux personnes trans et non binaires (adultes et mineures) au CIUSSS de l'Estrie – CHUS. La coconstruction des recommandations finales a permis de développer 13 recommandations et 17 recommandations associées réparties selon les thèmes suivants : lieux inclusifs pour l'ensemble du réseau de soins et de services, formulaires administratifs, formations, trajectoire de soins et de services, partenariats, soutien aux usager·ères trans et non binaires et à leur famille ou à leurs proches et soins transaffirmatifs.

En espérant que ces recommandations, lorsqu'elles seront mises en œuvre, permettront d'améliorer les trajectoires de soins et de services de cette clientèle, en assurant l'accès à des professionnel·les et des intervenantes en première ligne, dans les RLS, ainsi qu'un soutien spécialisé en soins transaffirmatifs pour cette première ligne, par l'intermédiaire d'un centre de référence et d'une communauté de pratique.

6. PRÉSENTATION DES RECOMMANDATIONS ET TRIANGULATION DES DONNÉES PROBANTES

Cette section présente la logique d'interprétation (modèle conceptuel) des recommandations en tenant compte de l'ensemble des données probantes, scientifiques et contextuelles, ainsi que des échanges du comité consultatif ayant délibéré à l'aide de ces données afin de les présenter en recommandations applicables et ordonnancées. Ces recommandations ont été réfléchies dans un continuum d'actions à entreprendre afin d'en arriver à l'objectif ultime d'optimiser les soins et les services pour les usager·ères trans et non binaires au CIUSSS de l'Estrie – CHUS.

Les objectifs visés à long terme sont les suivants : une capacité accrue de prise en charge des usager·ères trans et non binaires dans l'ensemble du réseau; l'identification de plusieurs trajectoires de soins et de services en fonction des différents besoins des usager·ères trans et non binaires adultes et mineures; et une organisation des soins et des services qui soit applicable et efficace. En somme, l'objectif est de promouvoir une organisation qui permettra l'accès à des soins et des services de qualité dans l'ensemble des milieux de l'établissement.

Les actions proposées représentent un système d'actions interreliées visant à optimiser les soins et les services des usager·ères trans et non binaires adultes et mineures. Ce projet propose 13 recommandations principales, accompagnées de 17 recommandations associées. Voici une schématisation de la vision générale qui a émergé à la suite de l'analyse des résultats des données probantes. Elle représente des actions qui pourraient être entreprises dans un premier temps, telles que le déploiement de formations ou des modifications des lieux physiques et des formulaires administratifs. Par la suite, et en fonction de la capacité du milieu, des actions intermédiaires pourraient être ajoutées. Parmi les actions intermédiaires, on trouve, notamment, la création d'un centre de référence, la nomination de champion·nes et la création d'une communauté de pratique.

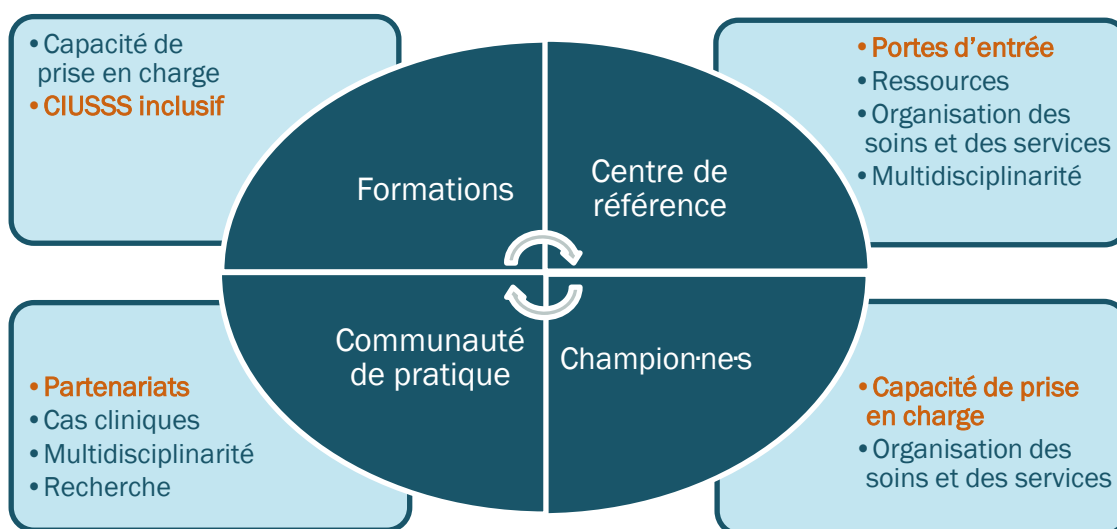


Figure 2 – Actions pouvant être implantées

La figure 2, présentée à la page précédente, illustre les actions qui pourraient être implantées pour créer des changements organisationnels visant l'optimisation des soins et des services pour les usager·ères trans et non binaires au CIUSSS de l'Estrie – CHUS et les interactions entre ces actions. Les éléments en gras représentent les objectifs finaux visés, accompagnés des éléments à tenir en compte pour les atteindre.

6.1 LIEUX INCLUSIFS POUR L'ENSEMBLE DU RÉSEAU DE SOINS ET DE SERVICES

Selon les données collectées dans la littérature, la présence de salles de bain non genrées provoquerait des impacts positifs (expérience des usager·ères trans plus positive) (23,26), et est exempte de potentielles barrières d'accessibilité (certaines personnes trans éviteraient ces endroits) (21). Les participantes trans recommandaient également la présence d'affiches ou de symboles transinclusifs dans les cliniques (39).

Les données contextuelles ont confirmé ce besoin, mais avec certaines nuances, en raison de l'existence de salles de bain non genrées à la disposition de cette clientèle dans plusieurs milieux de travail. Les enjeux sont davantage liés aux vestiaires pour les employé·es, ainsi qu'aux lieux tels les amphithéâtres et les cafétérias. Les installations de type « milieux de vie » (par exemple les centres de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation) ainsi que les urgences, ont également été identifiées comme des lieux nécessitant des ajustements. Bien qu'étant un élément important permettant d'offrir un choix dans leur milieu aux personnes trans et non binaires (43), la modification des symboles universels, conçus pour l'inclusivité, sur les portes des salles de bain pourrait être une manœuvre compliquée sur l'ensemble du réseau.

Il serait également important d'identifier et de prioriser certains milieux critiques ainsi que d'élaborer et de diffuser des normes ou une orientation afin de permettre l'application d'un fonctionnement plus systématique lors de nouveaux contrats de rénovation ou de construction. Enfin, il est à noter que les quatre recommandations sur ce thème s'adressent autant aux usager·ères qu'aux membres de la communauté interne, trans et non binaires.

Recommandation et recommandation associée	Texte et commentaire	Consensus
1.	Créer une norme/directive au CIUSSS de l'Estrie – CHUS pour que toute nouvelle construction ou rénovation d'installations existantes prévoie des espaces non genrés. Commentaire : Les espaces non genrés peuvent être, par exemple : des vestiaires, des salles de bains ou un espace fermé aux services d'urgence.	Fort
1.1 associée	Si aucune nouvelle construction ou rénovation n'est prévue, incluant les immeubles et les installations existantes, il est recommandé d'évaluer les besoins et de voir à modifier les lieux, le cas échéant.	Fort

Recommandation et recommandation associée	Texte et commentaire	Consensus
2.	S'assurer que l'affichage dans les installations représente la diversité de genre. Commentaire : Cette recommandation peut inclure, selon les milieux, les affiches, les documentations papier, les informations sur le Web, etc.	Fort
2.1 associée	Tous les milieux de soins et de services doivent s'assurer que les lieux non genrés sont accessibles et que leur affichage est clair pour les usager·ères et les membres de la communauté interne. Commentaire : Cela pourrait engendrer la modification des symboles pour les salles de bain inclusives dans les installations existantes ou pour les nouvelles constructions afin d'offrir ce choix aux personnes trans et non binaires. Il faut s'assurer de mettre des panneaux indicateurs neutres, lorsque pertinents.	Fort

6.2 FORMULAIRES ADMINISTRATIFS

Désormais, il est possible de présenter une demande de changement de la mention du sexe pour la mention de genre « non binaire » (X) au MSSS (projet de loi 2). Cette mesure concordait avec les données probantes recueillies.

Afin que les soins et les services soient sécuritaires et de qualité, le MSSS et les données contextuelles soulignent l'importance d'examiner l'enjeu relatif au besoin de connaître le sexe assigné à la naissance dans certaines situations cliniques. Néanmoins, à ce stade, aucune indication précise n'a été identifiée. De plus, les articles scientifiques retenus ne traitaient pas précisément de cette question.

Recommandation et recommandation associée	Texte et commentaire	Consensus
3	Adapter les formulaires, les documents d'identification et les questionnaires afin qu'ils reflètent la diversité d'identités de genre des employé·es et des usager·ères. La mention (X) pour les personnes non binaires devra apparaître sur tous les documents ainsi que le terme « parent », lorsque pertinent.	Très fort
3.1 associée	Les soignantes doivent être en mesure d'identifier les cas où la connaissance du sexe assigné à la naissance des usager·ères trans et non binaires est nécessaire afin que les soins et les services soient adéquats et sécuritaires. Connaître les interventions de transition médicale, comme l'hormonothérapie et les chirurgies, est également nécessaire afin d'assurer un suivi adéquat et sécuritaire. Commentaire : Cette recommandation pourra, en partie, être réalisée par le biais d'une meilleure formation du personnel soignant.	Fort

6.3 FORMATIONS

Selon les résultats de cette ETMI, plusieurs types de formations pourraient être offerts en fonction des besoins et des objectifs visés, notamment des formations de sensibilisation, de champion·nes (personnes-ressources) et spécifiques au besoin d'un secteur (par exemple, l'hormonothérapie).

Les écrits recensés ont dressé un constat fort sur les besoins de formations pour améliorer l'accès et la qualité des soins et des services. Plusieurs études recensées faisaient état d'insuffisances dans le suivi et la prise en charge des personnes trans et non binaires relativement à une méconnaissance des besoins de cette clientèle (à plusieurs niveaux, dont les professionnel·les de première ligne).

La majorité des participant·es aux échanges et aux discussions était en accord ou a exprimé clairement le besoin d'une formation de sensibilisation de base portant sur les réalités et les vécus des personnes trans et non binaires. Cette formation devrait avoir comme objectif de développer un savoir-être facilitant l'aspect relationnel entre les membres de la communauté interne et les usager·es trans et non binaires. D'autres participant·es avaient également exprimé des besoins de formations plus spécifiques à leur secteur d'activité.

Basé sur des critères d'accessibilité, le format privilégié par les gestionnaires était une formation de sensibilisation obligatoire⁷, en ligne, d'une durée maximale d'une heure. Malgré certaines contraintes, la conclusion demeure qu'une formation de base devrait être exigée à toutes les membres de la communauté interne. Cette initiative permettrait de sensibiliser la main d'œuvre aux réalités des personnes trans et non binaires, qu'elles appartiennent à la clientèle ou qu'elles soient des collègues.

Cependant, certains secteurs d'activités auraient besoin de formations spécifiques ou adaptées, en lien avec leur clientèle. Les besoins spécifiques ainsi que les objectifs à atteindre des différents milieux devraient être déterminés en sondant les gestionnaires ainsi que les membres du personnel.

La notion de former des champion·nes ou de s'assurer que certaines personnes sont plus outillées dans chacun des milieux afin de soutenir les membres du personnel, de les accompagner et de leur fournir des outils, serait une solution à envisager.

Plusieurs initiatives de formations, notamment de sensibilisation, sont en cours au CIUSSS de l'Estrée – CHUS. L'enjeu consiste à arrimer ces dernières, de les mettre à jour et d'évaluer leur contenu afin de s'assurer de la qualité des enseignements et de l'exactitude des ressources qui y sont proposées. Cet enjeu d'arrimage des formations et des ressources disponibles a été soulevé par plusieurs participant·es. Enfin, les organismes communautaires ainsi que des chercheur·es universitaires offrent plusieurs formations, notamment de sensibilisation, auprès de certains milieux de soins et de services. Donc, ils sont parmi les acteur·trices clés dans l'offre de formations.

⁷ Des enjeux par rapport à une formation obligatoire pourraient être présents pour les personnes qui réalisent leurs activités professionnelles dans les installations du CIUSSS de l'Estrée – CHUS, mais qui ne font pas partie de sa main d'œuvre (p. ex., les médecins et les dentistes). La formation de ces professionnel·les est réglementée par les ordres professionnels (Collège des médecins et l'Ordre des dentistes).

Recommandation et recommandation associée	Texte et commentaire	Consensus
4.	Fournir une formation de sensibilisation obligatoire à l'ensemble des membres de la communauté du CIUSSS de l'Estrie – CHUS. Commentaire : Les résultats des données contextuelles suggèrent des formations courtes (environ une heure) et accessibles, en ligne. D'autres modalités et durées pourraient toutefois être explorées, par exemple la première heure de la formation <i>Trans-Diversité 2</i>.	Très fort
4.1 associée	Mettre à jour une liste d'outils et des documents disponibles, par exemple des documents modifiés avec la mention « non binaire » (X) ou des documents expliquant les procédures légales de transition de genre, et les rendre accessibles à la communauté interne du CIUSSS de l'Estrie – CHUS, via l'Intranet ou autrement.	Très fort
5.	Chacun des milieux de soins et de services devrait évaluer ses besoins de formations selon sa clientèle et ses besoins spécifiques. Des formations cliniques spécifiques sur certains enjeux médicaux peuvent être nécessaires ainsi que des formations approfondies demandant un investissement de temps considérable. Commentaire : Il est probable que les différents milieux aient besoin de soutien pour faire cette évaluation. Selon les ressources disponibles, les différentes directions pourraient choisir certaines intervenantes clés au sein de leur milieu respectif pour évaluer les besoins de formations de leur personnel.	Très fort
5.1 associée	Les professionnelles de la santé qui travaillent au CIUSSS de l'Estrie – CHUS dans les soins et les services habituels ou plus spécifiques aux personnes trans et non binaires, mais qui ne sont pas considérées par la loi comme des employées de l'établissement, devraient acquérir des connaissances et des compétences dans ce domaine.	Très fort
5.2 associée	Faire l'évaluation du besoin de formations précisément en lien avec les chirurgies d'affirmation du genre. Cette recommandation vise autant des formations spécifiques s'adressant aux chirurgien·nes que des formations plus larges touchant l'ensemble du personnel, que ce soit à l'accueil ou lors de la prise en charge des soins en cas de complications.	Fort
6.	Faire l'évaluation en continu de l'offre de formations et des outils d'apprentissage proposés au sein de l'établissement afin d'en assurer la qualité et d'éviter les doublons. Commentaire : Par exemple, offrir divers partenariats, une formation provenant de l'ENA* et de l'INSPQ*, des webinaires et des formations à l'interne pour les professionnelles de première et de deuxième ligne.	Très fort
6.1 associée	Réaliser des partenariats avec des partenaires externes afin d'augmenter l'offre de formations ajustée aux besoins particuliers des employées des différents milieux de soins et de services.	Très fort

Recommandation et recommandation associée	Texte et commentaire	Consensus
	Inclure ces partenariats dans l'offre de formations et assurer un suivi de qualité. L'officialisation de cette offre pourrait aider à la pérennisation de ces partenariats. Commentaire : Les partenaires externes pourraient être des chercheuses universitaires, des organismes communautaires, les directions des facultés et le Centre de pédagogie et des sciences de la santé (CPSS), par exemple.	
6.2 associée	Contribuer à la mise en place d'un réseau d'alliées dans les différents milieux de travail au sein de l'établissement pour soutenir les employées trans et non binares du CIUSSS de l'Estrie - CHUS. Ces alliées devront répondre à des critères bien définis ainsi que compléter les formations nécessaires. Commentaire : Ces alliées pourraient être d'autres employées trans ou non binares, ou issues de la diversité sexuelle, ou encore des employées qui souhaitent soutenir la cause de la diversité de genre.	Fort

Abréviations : Direction générale adjointe - Programme santé physique générale et spécialisée (DGA-PSPGS); Environnement numérique d'apprentissage (ENA); Institut national de santé publique du Québec (INSPQ)

6.4 TRAJECTOIRES DE SOINS ET DE SERVICES

6.4.1 CENTRE DE RÉFÉRENCE (ACTION INTERMÉDIAIRE)

Selon les données de la littérature sur l'intégration des soins et des services de transition au sein des cliniques et des hôpitaux offrant des services à la population générale, ce modèle permettrait de faciliter l'accessibilité à une offre de services aux personnes trans et non binares, particulièrement celles vivant à l'extérieur des centres urbains (29, 36). Ce modèle permettrait également au personnel de mieux connaître le rôle des professionnelles travaillant dans le même établissement et d'identifier des moments où la collaboration, la consultation et le référencement seraient optimaux (37). L'adoption d'un tel modèle intégratif serait une occasion de constituer des milieux de soins pouvant effectuer la prise en charge multidisciplinaire des personnes trans et non binares (30).

Les données contextuelles corroboraient les résultats de la revue de littérature. Les participantes se sont montrées en majorité favorables à la création d'un centre de référence. Quelques-unes se sont dites indifférentes, selon les besoins de leur secteur d'activité. Les objectifs du centre pourraient être de réduire les listes d'attente (et les délais de rendez-vous) des professionnelles de deuxième ligne pour des soins et des services qui, en théorie, ne devraient pas (sauf exception) leur être attribués. Ainsi, ce centre permettrait de s'assurer que les professionnelles de la première ligne puissent acquérir de l'expérience afin d'exercer leur rôle et/ou de référer à une autre professionnelle (une psychologue, une travailleuse sociale, une spécialiste), au besoin.

Le centre de référence aurait pour fonction d'orienter l'utilisateur trans et non binaire et sa famille ou ses proches vers la bonne porte d'entrée dans le système de soins et de services du CIUSSS de l'Estrie – CHUS. Il pourrait également offrir différents types d'accompagnement aux membres de la communauté interne (accueil, sensibilisation et soins, entre autres) et assurer la mise en place de partenariats multidisciplinaires, par exemple avec des psychologues, des spécialistes de deuxième ligne (les endocrinologues, les pédiatres, les psychiatres), des sexologues, des travailleuses sociales et des ergothérapeutes. Pour ce faire, une connaissance des ressources et des offres de soins et de services dans le réseau serait essentielle. La création d'un réseau multidisciplinaire permettrait au centre de référence d'assurer un lien entre la première ligne et les services spécialisés dont l'accompagnement contribuerait à l'acquisition de compétences des professionnelles de la santé en première ligne. Par la suite, ces professionnelles seraient davantage en mesure de prendre en charge les soins et les services offerts aux utilisateurs trans et non binaires, notamment en attendant que leurs formations soient complétées (actions intermédiaires).

Le maillage entre les professionnelles de première ligne et ceux des soins spécialisés aurait également pour objectif de créer un réseautage au sein de l'établissement entre les différentes partenaires (en lien avec la création d'une communauté de pratique, voir la recommandation 9). Il faudrait toutefois s'assurer que ce centre de référence soit connu de tous les réseaux locaux de services (RLS).

Recommandation et recommandation associée	Texte et commentaire	Consensus
7.	Comme action intermédiaire, créer un centre de référence où les différentes intervenantes auront l'expertise pour guider la trajectoire de soins et de services des utilisateurs trans et non binaires et de leur famille ou de leurs proches et offrir différents types d'accompagnement aux membres de la communauté interne (accueil, sensibilisation et soins, entre autres). Ce centre devra avoir établi des partenariats multidisciplinaires.	Fort
7.1 associée	Le CIUSSS de l'Estrie – CHUS doit s'assurer que les ressources disponibles sont connues dans l'ensemble du réseau et doit mettre à jour une liste de ces ressources et de ces services, en continu. Commentaire : Exemples de ressources : • Spécialistes de deuxième ligne (sexologues, psychologues, travailleuses sociales) et des « championnes » de première ligne. • Centre de référence, organismes communautaires, <i>Aire ouverte Estrie</i> (services de santé globale), DPJe, services aux familles, réseautage avec les écoles⁸.	Très fort

⁸ Intranet du CIUSSS de l'Estrie – CHUS : « Agir pour » signifie mettre à profit nos compétences et nos ressources pour répondre aux besoins de l'utilisateur (rôle d'experte). « Agir avec » consiste à favoriser la participation de l'utilisateur, de ses proches et de la population dans nos soins et nos services, selon leurs préférences et leurs capacités, pour répondre à leurs besoins et s'adapter à leur réalité (rôle d'accompagnatrice).

6.4.2 RECOMMANDATIONS EN LIEN AVEC LA NOMINATION DE CHAMPION-NE-S (ACTION INTERMÉDIAIRE)

La nomination de champion-nnes (personnes-ressources) consiste en une action intermédiaire. Elle a pour objectif de promouvoir l'accessibilité des soins et des services durant les premières phases d'implantation visant à former et à sensibiliser les membres de la communauté interne ainsi qu'à mener les évaluations des besoins de formations plus spécifiques dans chacun des différents milieux de soins et de services. Il est important de clarifier que le rôle de ces champion-nnes est d'assurer l'accessibilité et la qualité des soins et des services dans leur milieu en accompagnant les équipes en place et non en prenant en charge la totalité des cas cliniques.

Par ailleurs, l'établissement pourrait développer des modalités d'échanges et de partage (de connaissances et d'expériences) au sein de groupes d'acteur-trices clés extra-muros tels que les Groupes de médecine de famille (GMF). Ces arrimages seraient nécessaires afin de prévenir de potentiels écarts dans l'accessibilité et la qualité des soins et des services offerts par ces partenaires. L'établissement devrait donc inclure les GMF dans les stratégies proposées, d'où la recommandation associée 8.1.

Enfin, l'importance de l'exposition des différentes professionnelles de la santé à des cas cliniques et aux réalités des usager-ères trans et non binares dans l'acquisition des connaissances est ressortie dans l'ensemble des données probantes, ainsi qu'au sein du comité consultatif, de manière parfois indirecte ou divergente, c'est-à-dire en lien avec d'autres éléments organisationnels et non par un questionnaire direct. La pertinence de préciser ce besoin, afin d'améliorer l'acquisition des connaissances, a mené à l'élaboration de la recommandation associée 8.3.

Recommandation et recommandation associée.	Texte et commentaire	Consensus
8.	Nommer des champion-nnes qui pourront agir comme informateur-trices, consulter le centre de référence pour de l'accompagnement ou de l'information, ainsi que prodiguer les soins et les services nécessaires aux usager-ères trans et non binares au sein de différents milieux de soins et de services répartis dans l'ensemble des réseaux locaux de services. Commentaire : Le rôle de ces champion-nnes est d'assurer l'accessibilité et la qualité des soins et des services en accompagnant les équipes en place et non en prenant en charge la totalité des cas cliniques.	Fort
8.1 associée	Les Groupes de médecine de famille (GMF) extra-muros ne sont pas tenus de répondre à la demande de nommer des champion-nnes et sont considérés comme des milieux hautement stratégiques au sein de leur RLS. Il est recommandé que le CIUSSS de l'Estrie - CHUS chapeaute une négociation avec ceux-ci dans le but d'optimiser l'offre de soins et de services pour les usager-ères trans et non binares.	Fort

Recommandation et recommandation associée.	Texte et commentaire	Consensus
8.2 associée	Nommer obligatoirement des champion·nes au sein des directions du CIUSSS de l'Estrie – CHUS. Ces directions seront visées selon des enjeux primordiaux à traiter en lien avec l'accessibilité et la qualité des soins et des services offerts aux usager·ères trans et non binaires, et afin de s'assurer que toutes les clientèles trans et non binaires sont desservies.	Fort
8.3 associée	Il est recommandé, en plus d'offrir les formations nécessaires aux membres de la communauté interne du CIUSSS de l'Estrie - CHUS, d'examiner des actions concrètes afin d'exposer les membres à des cas cliniques et aux réalités des usager·ères trans et non binaires.	Fort

6.4.3 PARTENARIATS (COMMUNAUTÉ DE PRATIQUE)

L'ensemble des données probantes présentait la collaboration entre les usager·ères et les professionnel·les de la santé comme un élément clé dans l'optimisation des soins et des services offerts aux personnes trans et non binaires. Elle permettrait que les connaissances, les perspectives et l'expérience des usager·ères soient davantage connues et prises en considération par les professionnel·les de la santé tant pour la clientèle adulte que mineure (21,22). De plus, les jeunes trans et non binaires pourraient bénéficier d'une collaboration plus étroite entre la direction de leur école et les professionnel·les de la santé responsable de leurs soins. Cet élément est particulièrement important lorsque l'on considère que les personnes mineures non binaires avaient de moins bonnes expériences dans leur parcours de soins et plus difficilement accès aux soins et aux services de transition que les jeunes trans binaires (29,32).

Les données contextuelles ont fait ressortir la nécessité de créer des liens entre les visions divergentes sur la manière d'offrir des soins et des services transaffirmatifs (entre les usager·ères, les professionnel·les de la santé, les organismes communautaires, les différents secteurs et spécialités). Dans cette perspective, l'importance d'inclure des intervenant·es de différents horizons au sein des tables de concertation serait un élément à favoriser. De plus, le partage des responsabilités pour certains cas cliniques plus complexes, tant pour les adultes que les personnes mineures, est également ressorti, notamment pour les spécialistes en deuxième ligne.

Comparativement au centre de référence (davantage dédié aux formations sur la sensibilisation et du savoir-être), la communauté de pratique pourrait contribuer à tracer certaines trajectoires de soins et de services pouvant être plus complexes ainsi qu'à fournir un état des connaissances cliniques sur les différentes problématiques interreliées. À titre d'exemple, cette communauté pourrait inclure des usager·ères trans et non binaires et les membres de leur famille ou de leurs proches, des membres des organismes communautaires, différentes intervenant·es de première ligne et de deuxième ligne, des travailleuse·s sociales, des sexologues, des ergothérapeutes et des psychologues, mais également des chercheur·es et des professeur·es universitaires. L'importance de travailler en équipe multidisciplinaire (médecins de première ligne et certain·es spécialistes, comme les endocrinologues et les professionnel·les en santé mentale) ou en partenariat lorsqu'il est question de soins et de services offerts aux jeunes trans et non binaires, notamment en lien avec la transition de genre, était un des éléments qui ressortait des recommandations des Standards de soins de la WPATH (8^e version) (15).

Cette section montre l'importance de créer un réseautage, multidisciplinaire et significatif, entre les différentes partenaires afin de créer plusieurs trajectoires de soins et de services selon les besoins des usager·ères trans et non binaires, de leur famille ou de leurs proches, tant pour la clientèle adulte que mineure.

Recommandation et recommandation associée	Texte et commentaire	Consensus
9.	Créer une communauté de pratique qui devra être soutenue par une entité bien identifiée.	Fort
9.1 associée	Lorsque pertinent, établir des liens avec les membres des milieux scolaires pour traiter certains cas cliniques ou pour s'assurer d'un arrimage entre les différentes ressources disponibles (par exemple, avec les infirmier·ères scolaires).	Très fort
9.2 associée	S'assurer de développer des ententes avec les partenaires externes afin de rehausser l'offre de soins et de services offerte aux usager·ères trans et non binaires, à leur famille ou à leurs proches au sein du CIUSSS de l'Estrie – CHUS. Commentaire : Le CIUSSS de l'Estrie – CHUS s'est doté d'une politique de responsabilité populationnelle et de développement des communautés qui nomme l'importance d'offrir des soins et des services mieux planifiés et coordonnés, tant à l'interne qu'à l'externe, avec les partenaires du milieu. Cela se traduit par un accompagnement plus fluide dans un réseau de services complexe du fait que les partenaires conviennent d'ententes de collaboration permettant de mieux connaître et d'arrimer leur offre de services et leurs mécanismes d'accès.	Très fort

6.5 SOUTIEN AUX USAGER·ÈRES TRANS ET NON BINAIRES ET À LEUR FAMILLE OU À LEURS PROCHES

Les résultats des données probantes accordent une grande importance au soutien des usager·ères trans et non binaires et de leur famille ou de leurs proches. Le soutien des membres de la famille et des proches des usager·ères était essentiel, tant dans le parcours de soins des adultes que des jeunes trans et non binaires. L'accompagnement et le soutien parental constituaient des éléments pouvant fournir un pouvoir d'agir aux familles ainsi qu'un facteur de résilience pour les jeunes trans et non binaires (19,21).

En ce qui concerne les lacunes en matière de soutien, il est ressorti de la littérature que l'absence de soutien psychosocial durant l'attente pour accéder aux soins de transition médicale ainsi que durant les traitements était vécue difficilement par les usager·ères trans, de même que l'absence d'un suivi psychosocial à la suite des traitements (25,39).

En contrepartie, l'absence de soutien parental a été décrite comme une barrière d'accès aux soins transaffirmatifs (29). L'accompagnement et le soutien pourraient être réalisés par différentes modalités, telles que la proche aide, les groupes de soutien, les pairs et le mentorat ou par les professionnel·les de la santé (19,25,34).

Du point de vue des professionnel·les de la santé, des besoins ont été émis en lien avec les connaissances, notamment sur les ressources et les possibilités disponibles (réseautage et partenariats multidisciplinaires) afin d'accompagner et de soutenir les familles. Ils·elles ont également mentionné l'importance d'avoir accès à ces ressources au bon moment, en particulier pour répondre à des demandes qui dépassaient leur expertise.

À ce sujet, les organismes communautaires ont élaboré des formations destinées aux usager·ères trans et non binares et à leur famille ou à leurs proches afin de les accompagner et de les soutenir. Ces ressources actuelles ont été jugées fort utiles, notamment en matière de proche aidance dans le parcours de services ou d'accompagnement lors de leurs rendez-vous médicaux (facilitant pour la communication et la compréhension des usager·ères trans ou de leurs proches).

Recommandation et recommandation associée	Texte et commentaire	Consensus
10.	S'assurer d'offrir une offre de services pour soutenir les familles ou les proches des usager·ères trans et non binares, dans une approche transaffirmative.	Très fort
10.1 associée	S'assurer qu'une offre de services de soutien pour les usager·ères trans et non binares s'intégrant à leur cheminement tout au long de leur parcours de soins selon les besoins, dans une approche transaffirmative, est disponible au CIUSSS de l'Estrie – CHUS.	Très fort
10.2 associée	Analyser la proposition des organismes communautaires d'intégrer l'accompagnement par des pairs aidantes à l'offre de services offerte au CIUSSS de l'Estrie – CHUS. Commentaire : Cette recommandation associée soutient les recommandations précédentes liées aux partenariats. Il s'agit d'un exemple de collaboration possible entre le CIUSSS de l'Estrie – CHUS et les organismes communautaires impliqués dans le but de pérenniser certains de leurs projets et leurs offres de services.	Fort

6.6 Cliniques spécialisées

Plusieurs articles inclus dans la recension ont abordé la question des cliniques spécialisées en santé trans. Les avantages des cliniques spécialisées reposent sur le fait que les professionnel·les de la santé sont davantage formées en matière de santé trans, et que les soins et les services qui y sont administrés sont plus sécuritaires pour les personnes trans et non binares. L'organisation des services privilégiant les cliniques spécialisées entraînerait certains problèmes pour les personnes trans, dont des coûts de transport et des délais d'accessibilité, entre autres, à l'expertise des professionnel·les et aux traitements d'hormonothérapie (pour plus de détails, voir l'[annexe XVIII](#)).

En ce qui concerne les données contextuelles, elles démontraient que les participant·es étaient favorables à la création d'un centre de référence et soulignaient l'importance de travailler davantage en partenariat avec la première ligne, et ce, sous différentes formes (création de plusieurs équipes multidisciplinaires, création de comités, etc.). La suggestion de créer une clinique spécialisée n'est donc

pas ressortie fortement des propos recueillis. Les désavantages qui ont été recueillis sur le sujet, outre les délais d'accessibilité mentionnés ci-dessus, sont disponibles à l'[annexe XIX](#).

Recommandation et recommandation associée	Texte et commentaire	Consensus
11.	La création d'une clinique spécialisée n'est pas recommandée. Commentaire : Les désavantages sont considérés plus importants que les avantages pour les usager·ères du CIUSSS de l'Estrie – CHUS, notamment en ce qui concerne l'accès aux soins et aux services. Les aspects positifs associés aux cliniques spécialisées (par exemple, le fait d'offrir un lieu sécuritaire et des services adaptés aux besoins des personnes trans et non binaires) pourront être développés au CIUSSS de l'Estrie – CHUS, entre autres, grâce aux formations proposées aux membres de l'établissement.	Fort

6.7 SOINS TRANSAFFIRMATIFS

Il est important de réitérer que les données probantes de ce projet d'ETMI n'ont pas porté sur des enjeux médicaux et cliniques, mais davantage sur l'organisation des soins et des services. Les données probantes recensées, dans le cadre de ce projet, ne permettent donc pas de tracer une trajectoire claire des processus de transition médicale pour les personnes trans et non binaires ou de se prononcer sur des enjeux médicaux ou cliniques.

Toutefois, les recommandations précédentes, en lien avec le centre de référence et la création d'une communauté de pratique, répondent au besoin de codévelopper, en réseau, une offre de soins et de services mieux adaptée aux différents parcours et à la situation médicale des personnes trans et non binaires en transition de genre. Dans cette section, la triangulation des données probantes révèle les trois enjeux actuels les plus pressants dans l'organisation des soins et des services : les évaluations psychologiques et les lettres de recommandation pour l'accès aux soins transaffirmatifs; la prise en charge de l'hormonothérapie et la prise en charge des chirurgies d'affirmation de genre.

6.7.1 LETTRES DE RECOMMANDATION ET ÉVALUATIONS PSYCHOLOGIQUES POUR AVOIR ACCÈS À DES SOINS TRANSAFFIRMATIFS

L'exigence de se soumettre à une évaluation psychologique pour accéder à l'hormonothérapie est remise en question dans plusieurs articles de la recension des écrits. Plusieurs situations ont été décrites : dans certains cas, les spécialistes continuaient de l'exiger, même si cette dernière n'est plus obligatoire; dans d'autres cas, les personnes souhaitant obtenir des soins transaffirmatifs devaient se tourner vers le privé pour avoir accès à cette évaluation psychologique et obtenir une lettre (30). D'ailleurs, l'ensemble des données confirme que les lettres de recommandation et les évaluations psychologiques sont exigées dans la pratique actuelle de l'établissement, dans la majorité des cas, en comparaison avec l'approche du consentement éclairé. Ces différents cas de figure provoquent non seulement des frustrations et des effets potentiellement délétères, mais aussi des enjeux d'équité et d'accessibilité (36).

Les données contextuelles font ressortir différents enjeux, concernant l'accessibilité aux professionnelles compétentes et aux lettres de recommandation, et cela, tant de la part des usager·ères trans et non binaires que par l'ensemble des parties prenantes (organismes communautaires, professionnelles de la santé, etc.). Les visions et les opinions divergeaient notamment lorsqu'il était question de la prise en charge des personnes mineures trans et non binaires, car les soins et les services en santé mentale et physique doivent, avant l'âge de 14 ans, être autorisés par les parents ou les adultes responsables. Les données probantes ne permettaient pas de statuer sur cette question de la prise en charge de l'évaluation psychologique dans ce groupe d'âge, en particulier.

6.7.2 HORMONOTHÉRAPIE

Les barrières liées aux délais d'attente lorsqu'il est question d'avoir accès à l'hormonothérapie ainsi que la discrimination vécue sont des éléments qui sont ressortis des données de la littérature scientifique. D'une part, les données contextuelles précisait que les usager·ères trans et non binaires n'obtenaient pas les bons soins et services au moment opportun, ce qui entraînait de la détresse. D'autre part, les données probantes révèlent le manque de connaissances des médecins généralistes en matière de santé trans, ce qui aurait comme effet d'entraver l'accès aux soins transaffirmatifs.

Devant ces données, des actions devraient être prises afin de faciliter l'accès à l'hormonothérapie pour rendre la transition médicale plus accessible et rapide, et simplifier le parcours au sein du système de santé. Pour ce faire, la prise en charge de la transition médicale des personnes trans et non binaires adultes par les médecins de première ligne qui possèdent une formation à jour en santé trans était recommandée dans certaines études (20,28). Il était également recommandé que les médecins de famille soient mieux formés en santé trans pour offrir des soins aux usager·ères trans et non binaires plutôt que de les diriger en deuxième ligne (37).

Néanmoins, les données contextuelles révélaient la présence de divergences de points de vue à ce sujet entre certaines membres des groupes communautaires et les professionnelles de première et de deuxième lignes. Selon certaines membres des groupes communautaires, les professionnelles de la santé avaient trop tendance à référer les usager·ères en deuxième ligne pour l'hormonothérapie. Selon des professionnelles de la santé interrogées, il était important de rappeler que la prescription d'hormones sexuelles demeure un geste médical qui demande des compétences de la part du·de la prescripteur·trice et engage sa responsabilité, car ces traitements comportent des risques qu'il ne faut pas négliger. Malgré tout, l'ensemble des données dégageait la nécessité de créer des endroits de partage et d'échanges entre les diverses parties prenantes ainsi que de former les professionnelles de la première ligne afin qu'elles puissent prendre en charge de manière sécuritaire la prescription de l'hormonothérapie et le suivi pour les personnes trans et non binaires.

Recommandation et recommandation associée	Texte et commentaire	Consensus
12.	Former les professionnelles de première ligne afin qu'elles puissent prendre en charge de manière sécuritaire l'hormonothérapie des usager·ères trans et non binaires adultes. Commentaire : Le CIUSSS de l'Estrie – CHUS peut faire la promotion de cette recommandation et travailler en collaboration avec le Centre de pédagogie et des sciences de la santé (CPSS) de la Faculté de médecine pour l'élaboration des formations.	Très fort

Recommandation et recommandation associée	Texte et commentaire	Consensus
	Cette recommandation soutient l'évaluation des formations cliniques nécessaires, la création d'un centre de référence et d'accompagnement des professionnelles de la santé ainsi que la création d'une communauté de pratique.	
12.1 associée	En ce qui concerne l'hormonothérapie et les personnes mineures, il est recommandé que les différentes professionnelles de la santé travaillent en collaboration multidisciplinaire afin de s'assurer de mettre en place des soins et des services sécuritaires et accessibles. Commentaire : Par exemple, cette collaboration multidisciplinaire pourrait se faire entre les professionnelles de la santé de première ligne, les sexologues, les psychologues, les travailleuses sociales, les spécialistes de deuxième ligne, les usageres trans et non binares et leur famille ou leurs proches et les organismes communautaires.	Très fort

6.7.3 CHIRURGIES D’AFFIRMATION DU GENRE

Les enjeux liés aux chirurgies d’affirmation du genre dans l’établissement, notamment dans les unités de chirurgie des différents hôpitaux, dépassent la portée de cette ETMI. Toutefois, la nécessité de vérifier les besoins de formations des professionnelles de la santé du CIUSSS de l’Estrie – CHUS a émergé lors des travaux en ce qui concerne le suivi adéquat et sécuritaire des personnes à la suite d’une chirurgie d’affirmation du genre.

Recommandation et recommandation associée	Texte et commentaire	Consensus
13	Examiner précisément les enjeux en lien avec les soins et les services gravitant autour des chirurgies d’affirmation du genre pour les usageres trans et non binares au CIUSSS de l’Estrie - CHUS au sein de la communauté de pratique.	Fort

7. ANNEXES

Annexe I – Lexique sur l'identité de genre

Sexe ou genre? (44,45)

Sexe : En plus d'être une catégorie légale, le sexe représente le sens donné aux caractéristiques biologiques (chromosomes, hormones ou organes génitaux).

Genre : Une structure sociale qui différencie les gens selon des normes et des attentes en lien avec le sexe.

Identité de genre : La relation intime avec soi-même au sens de son propre genre (homme, femme, non binaire, etc.).

- **Cisgenre (ou cis)** : Une personne avec la même identité de genre que celle qui a été assignée à la naissance.
- **Transgenre (ou trans)** : Une personne avec une identité de genre qui peut varier à différents degrés du sexe assigné à la naissance.
- **Non binaire** : Une personne dont l'identité sort de la dichotomie homme versus femme. Certaines personnes non binaires ont une identité plus spécifique et peuvent exprimer leur identité notamment par les termes « agenre », « transféminine », « fluide dans le genre », « neutrois », « genderqueer », « demiboy », « demigirl », entre autres.

À titre de référence plus exhaustive, le [lexique sur la diversité sexuelle et de genre](#) du Gouvernement du Canada, disponible en ligne, comprend 193 définitions, et ce, dans les deux langues officielles (45).

Annexe II – Liste des membres du comité consultatif ayant contribué à la contextualisation des travaux

Séré Gabriel Beauchesne Lévesque	Usager et représentant, organisme communautaire TransEstrE
Julie-Christine Cotton	Chercheuse, Université de Sherbrooke
Noé Larose	Usager·ère
Dre Marie-Christine Légaré	Pédopsychiatre, CIUSSS de l'EstrE - CHUS
Véronique Lévesque	Ergothérapeute, DSAG- SSG- DTSA, CIUSSS de l'EstrE – CHUS
Dre Annick Michaud	Psychiatre et chercheuse, CIUSSS de l'EstrE – CHUS et Université de Sherbrooke
Ariane Roy-Ayotte	Représentante, organisme communautaire IRIS EstrE
Catherine Samson Morasse	Coordination des cliniques externes pédopsychiatrie et APPR, CIUSSS de l'EstrE – CHUS
Benjamin Turgeon	Représentant, organisme communautaire IRIS EstrE
Mélanie Anctil	Coordination des cliniques externes pédopsychiatrie et APPR, CIUSSS de l'EstrE – CHUS
Dr Jean-Patrice Baillargeon	Endocrinologue et chercheur, CIUSSS de l'EstrE – CHUS et Université de Sherbrooke
Danièle Caron	Usager·ère
Kyle Doucette	Usager
Chloé Girard	Psychoéducatrice, DSAG- SSG- DTSA, CIUSSS de l'EstrE – CHUS
Geneviève Lalonde	Sexologue, DSPublique, CIUSSS de l'EstrE – CHUS
Dre Marie-Christine Légaré	Pédopsychiatre, CIUSSS de l'EstrE - CHUS
Catherine Lévesque-Lepage	Adjointe à la direction du programme jeunesse, DPJe, CIUSSS de l'EstrE – CHUS
Dre Annick Michaud	Psychiatre et chercheuse, CIUSSS de l'EstrE – CHUS et Université de Sherbrooke

Anne-Marie Poulin	Adjointe à la présidence-direction générale adjointe, PDGA, CIUSSS de l'Estrie – CHUS
Marc-André Raymond	Psychologue, DSG et GMF, CIUSSS de l'Estrie – CHUS et en pratique privée
Joanie Rinfret	Médecin de famille au GMF-U des Deux-Rives, à Sherbrooke, et au CIUSSS de l'Estrie – CHUS, Département de médecine de famille et de médecine d'urgence (DMFMU) de l'Université de Sherbrooke
Stéphanie Roy	Représentante, organisme communautaire IRIS Estrie
Geneviève Ste-Marie	Parent d'usager·ères et représentante, organisme communautaire TransEstrie

Abréviations : Direction du soutien à domicile et des services spécialisés en gériatrie, en déficience et en trouble du spectre de l'autisme (DSAG-SSG-DTSA), Direction de santé publique (DS Publique), Direction du programme jeunesse (DPJe), Direction des services généraux (DSG), Groupe de médecine de famille (GMF), Direction de la coordination de la mission universitaire (DCMU), Agente de planification, de programmation et de recherche (APPR).

Annexe III – Revue de la littérature (stratégie employée)

ETMI – Services de santé pour Genres non conformes -

A – La répartition des résultats par banques

Medline	1179 références
PsychInfo	819 références
EBM reviews	21 références
Scopus	1670 références
Proquest Dissertations Abstracts	131 références
CINAHL	776 références
TOTAL	4596 références
Suite à un premier travail de ménage des doublons	3733 références

B) Historique des recherches – 5-6 décembre 2019

1 - MEDLINE VIA OVID

Database(s): **Ovid** **MEDLINE(R)** **ALL** 1946 to December 04, 2019
 Search Strategy:

#	Searches	Results
1	Gender dysphoria/	396
2	"gender dysphori*".ti. or "gender dysphori*".ab.	906
3	Transsexualism/	3626
4	"gender identity disorder*".ti. or "gender identity disorder*".ab.	509
5	"gender incongruen*".ti. or "gender incongruen*".ab.	129
6	"gender fluid*".ti. or "gender fluid*".ab.	21
7	"gender creative".ti. or "gender creative".ab.	6
8	"gender divers*".ti. or "gender divers*".ab.	379
9	"gender nonconform*".ti. or "gender nonconform*".ab.	404
10	"gender non conform*".ti. or "gender non conform*".ab.	89
11	genderqueer*.ti. or genderqueer*.ab.	50
12	"gender queer*".ti. or "gender queer*".ab.	11

13	"non binary".ti. or "non binary".ab.	171
14	nonbinary.ti. or nonbinary.ab.	196
15	transsex*.ti. or transsex*.ab.	2335
16	transgender*.ti. or transgender*.ab.	5182
17	(transman or transmen).ti.	22
18	(transman or transmen).ab.	80
19	transwom?n.ti. or transwom?n.ab.	166
20	"trans man".ti. or "trans man".ab.	10
21	"trans men".ti. or "trans men".ab.	99
22	"trans wom?n".ti. or "trans wom?n".ab.	159
23	"trans people".ti. or "trans people".ab.	114
24	"trans person*".ti. or "trans person*".ab.	52
25	"trans individual*".ti. or "trans individual*".ab.	52
26	"trans identit*".ti. or "trans identit*".ab.	19
27	(trans adj3 gender*).ti. or (trans adj3 gender*).ab.	95
28	"trans youth*".ti. or "trans youth*".ab.	19
29	"trans adult*".ti. or "trans adult*".ab.	11
30	"young trans".ti. or "young trans".ab.	10
31	"trans child*".ti. or "trans child*".ab.	4
32	"trans adolescent*".ti. or "trans adolescent*".ab.	1
33	"trans parent*".ti. or "trans parent*".ab.	2
34	"trans patient*".ti. or "trans patient*".ab.	35
35	transmasculin*.ti. or transmasculin*.ab.	77
36	transfeminin*.ti. or transfeminin*.ab.	48
37	"gender varian*".ti. or "gender varian*".ab.	127
38	"gender minorit*".ti. or "gender minorit*".ab.	503
39	Transgender Persons/	2659
40	1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6 or 7 or 8 or 9 or 10 or 11 or 12 or 13 or 14 or 15 or 16 or 17 or 18 or 19 or 20 or 21 or 22 or 23 or 24 or 25 or 26 or 27 or 28 or 29 or 30 or 31 or 32 or 33 or 34 or 35 or 36 or 37 or 38 or 39	10399
41	Health Services/	24559
42	Comprehensive Health Care/	6540

43	"Continuity of Patient Care"/	18564
44	Patient-Centered Care/	18462
45	"Delivery of Health Care"/	87373
46	"Delivery of Health Care, Integrated"/	12175
47	Health Services Accessibility/	71269
48	"Health Services Needs and Demand"/	51935
49	Adolescent Health Services/	5454
50	Child Health Services/	20253
51	Community Health Services/	31050
52	Community Mental Health Services/	18317
53	Mental Health Services/	32673
54	41 or 42 or 43 or 44 or 45 or 46 or 47 or 48 or 49 or 50 or 51 or 52 or 53	343137
55	40 and 54	792
56	Health Services for Transgender Persons/	123
57	((transgender* or "gender dysphori*" or transsex* or "gender identit*" or "gender incongruen*" or "gender fluid*" or "gender creative" or "gender divers*" or "gender nonconform*" or "gender non conform*" or genderqueer* or "gender queer*" or nonbinary or "non binary" or trans or transm?n or transwom?n or transmasculin* or transfeminin* or "gender varian*" or "gender minor*") adj3 (service* or program* or clinic or clinics or unit or units or healthcare or "health care")).ti.	258
58	((transgender* or "gender dysphori*" or transsex* or "gender identit*" or "gender incongruen*" or "gender fluid*" or "gender creative" or "gender divers*" or "gender nonconform*" or "gender non conform*" or genderqueer* or "gender queer*" or nonbinary or "non binary" or trans or transm?n or transwom?n or transmasculin* or transfeminin* or "gender varian*" or "gender minor*") adj3 (service* or program* or clinic or clinics or unit or units or healthcare or "health care")).ab.	739
59	56 or 57 or 58	970
60	55 or 59	1569
61	limit 60 to yr="2012 -Current"	1200
62	limit 61 to (english or french or italian or spanish)	1179

Annexe IV – Liste des mots-clés utilisés dans la revue de la littérature

Thème Dysphorie de genre

Gender dysphoria, gender incongruance, gender identity, transgender, gender fluid, gender curious, gender creative, non-binary, in quest of gender identity, gender diverse, gender non-conforming

Dysphorie de genre, incongruence de genre, identité de genre, en questionnement de genre, transgenre, genre fluide, créatif dans le genre, non binaire, genre non conforme

Thème Souffrance

Souffrance, détresse, anxiété, angoisse, dépression, trouble d'adaptation, mutilation, suicide, rejet social, marginalisation

Suffering, distress, anxiety, anguish, depression, adjustment disorder, mutilation, suicide, social rejection, marginalisation

Thème Intervention

Care program, treatment coordination, treatment plan, course of treatment, treatment clinics, treatment projects, gender units, service delivery models, care pathway, service coordination units, and service coordination teams

Programme de soins, parcours de soins, coordination de traitement, clinique de traitement, projet de traitement, unités de genre, modèle de prestation de services, équipe de coordination de services

Annexe V – Ressources consultées pour la recherche de la littérature grise (incluant les sites Internet)

1. INSPQ
2. Société canadienne du SIDA
3. Rainbowhealthontario.ca
4. Transcare BC
5. Association professionnelle canadienne pour la santé transgenre (CPATH)
6. Pflag Canada
7. Enfants Transgenre Canada
8. Publications du gouvernement du Canada – Collection électronique
<http://publications.gc.ca/>
9. Catalog of U.S. Government Publications
<https://catalog.gpo.gov/F?RN=968262350>
10. World Professional Association for Transgender Health (WPATH)
11. Le centre de toxicomanie et de santé mentale (CAMH)
12. INAHTA
13. EuNetHTA
14. CRD York
15. Health Evidence network
16. Santécom
17. ETMIQuébec
18. Catalogue CUBIQ (catalogue collectif de 25 bibliothèques du gouvernement du Québec)
19. HTA Database – Canadian Search Interface (CADTH)
20. Google et Google Scholar
21. LGBT Health Clinics by State and City <https://www.cdc.gov/lgbthealth/health-services.htm>

Annexe VI – Critères d’inclusion et d’exclusion des références

Critères d’inclusion :

1. Référence en français et en anglais;
2. Publié entre 2012 et 2019;
3. Référence portant, du moins en partie, sur la santé des personnes trans ou avec une dysphorie de genre;
4. Référence portant sur l’organisation des soins et services pour la santé des personnes trans ou avec une dysphorie de genre;
5. Référence mentionne les résultats pertinents aux questions de recherche (efficacité, sécurité et prise en charge des usager·ères);
6. Types de publications : revues systématiques, guides de pratique clinique, rapports gouvernementaux, études de cas, évaluations de programmes, études de cohortes, séries de cas, registres.

Critères d’exclusion :

1. Condition : document ne traitant pas de la santé transgenre ou de la dysphorie de genre de façon explicite et distincte à d’autres éléments ayant trait à la diversité sexuelle;
2. Comparaison : efficacité du traitement plutôt que l’organisation de l’accès au traitement;
3. Condition : document basé uniquement sur un avis d’expert sans données probantes ou document ne comprenant pas de résultats ou de données probantes;
4. Type de publications : Recension des écrits non systématique, commentaire, éditorial.

Annexe VII – Guide d’entrevue des entretiens semi-dirigés avec des membres d’organismes communautaires spécialisés dans les services aux personnes trans et non binaires

Guide d’entrevue - Organismes communautaires

Parcours et lien avec la première ligne et autres

D’abord, explications sur ce que couvre l’organisme communautaire en termes de parcours de soins et services offerts aux personnes trans non binaires ainsi **qu’à leur famille**.

Besoins de la clientèle (adultes et jeunes) en termes de soins et services? Faire ressortir les enjeux à prioriser :

Si pertinent : voyez-vous des problématiques de dépendances ou d’itinérances qui auraient pu être évitées si les jeunes avaient pu être aidés avant?
Problématiques de violence dans les milieux de vie?
Problématiques en lien avec les ITSS?

À quel moment de leur parcours les personnes trans et non binaires demandent-elles vos services?

En quoi consiste le service de référencement? Comment les dirige-t-on dans le système de soins et services du CIUSSSE ou autres?

Êtes-vous la majeure partie du temps la porte d’entrée dans le système?

De quelle manière tenez-vous vos connaissances à jour pour en arriver à avoir un service de référencement de qualité?

Informations plus précises sur leur type de formations et d’informations sur les processus de transitions (légale, sociale et médicale).

Comment percevez-vous votre rôle dans le cheminement de soins et services des personnes usagères trans et non binaires?

Partenariat avec le CIUSSS de l’Estrie - CHUS

Comment voyez-vous votre partenariat avec le CIUSSSE; comment transférer les connaissances de part et d’autre?

Qui serait au fait des meilleures pratiques en continu afin que le parcours de soins et services des personnes usagères trans et non binaires soit de qualité?

Plus précisément: Avec qui un partenariat est nécessaire et comment pouvons-nous y arriver concrètement dans la pratique courante?

De quel soutien, de la part du CIUSSS, auriez-vous le plus besoin?

Recommandations

Comment définir un parcours de soins et services qui serait efficace et concerté sur le territoire? Que doit-on prioriser?

Est-ce possible de **créer un protocole uniforme** afin de clarifier le parcours de soins et services des personnes usagères trans et non binaires, mais également pour les intervenantes de première ligne?

Quels sont les principaux enjeux?

Pont entre deux visions possibles

Lorsqu'il y a des problématiques liées aux différentes visions ou représentations des soins et services :

Quelles sont ces problématiques, si tel est le cas?

Comment faire le pont entre ces différentes visions : démystifier le rôle et les enjeux éthiques des médecins auprès des personnes usagères, par exemple, **quelles stratégies adopter**?

Annexe VIII– Guide d’entrevue des entretiens semi-dirigés individuels ou restreints avec des gestionnaires

Guide d’entrevue : gestionnaire à la direction des services techniques (DST)

1- Première partie : hôpitaux

Question 1 :

Dans le cadre des deux hôpitaux de Sherbrooke, Fleurimont et Hôtel-Dieu, quels sont actuellement les accommodements en ce qui concerne les lieux neutres et non genrés pour les employées (toilettes et vestiaires, entre autres)?

- 1.1 Dans le cadre de nos entrevues avec les employées, il semble y avoir des toilettes neutres, tout dépendant des unités ou des départements. Toutefois, ce n’est pas clairement établi. Quelles mesures pouvez-vous mettre en place afin de vous assurer que l’ensemble des employées des deux hôpitaux ait accès à des lieux neutres?
- 1.2 Est-ce réaliste? Sinon, quels sont les obstacles? Quelles sont les alternatives afin de se rapprocher au mieux de cet idéal?

Question 2 : Lorsqu’il est question des personnes usagères, il faudrait élaborer un plan d’action visant plusieurs unités de soins, ainsi que les salles d’attente, par exemple, quelles stratégies peuvent être mises en place afin d’uniformiser cet accès à des lieux neutres au sein des deux hôpitaux de Sherbrooke?

- 2.1 Quelles sont les contraintes principales, s’il y a lieu (coûts, effectifs, etc.)?
- 2.2 Que devrions-nous prioriser comme actions dans l’immédiat (encore une fois pour se rapprocher au mieux de l’idéal où toutes les personnes usagères auraient le même accès)?

2- Deuxième partie : hébergements (CHSLD et Centres jeunesse)

Question 1 : Quelles sont les particularités dont nous devons tenir compte lorsqu’il est question d’aménager des lieux non genrés au sein des différents lieux d’hébergement du CIUSSS (directions différentes, budgets différents, etc.)? Comment cela fonctionne?

S’il y a lieu, nous préciserons ces aspects liés principalement aux différences entre CHSLD et Centres jeunesse :

- 1.1 Voyez-vous des problématiques ou des spécificités dont on devrait impérativement tenir compte pour les CHSLD?

1.2 Que devrions-nous prioriser comme actions dans l'immédiat, en ce qui concerne précisément les CHSLD?

1.3 Est-ce que diriger les personnes usagères trans et non binaires vers des CHSLD spécifiques est une option (formation ENA)?

Garder en tête que cela risque peut-être de marginaliser ou encore de faire en sorte que seulement certains centres se responsabilisent en lien avec les besoins des personnes usagères trans et non binaires. **Le voir davantage comme un pas vers l'idéal, qui serait l'accès à des lieux neutres dans l'ensemble des différents hébergements.**

1.4 Voyez-vous des problématiques ou des spécificités dont on devrait impérativement tenir compte pour les Centres jeunesse?

1.5 Que devrions-nous prioriser comme actions dans l'immédiat, en ce qui concerne précisément les Centres jeunesse?

1.6 Voyez-vous d'autres lieux ou milieux d'hébergement dont on devrait tenir compte?

Question 2: Afin de concerter les actions sur l'ensemble du territoire, quelle serait la marche à suivre? Pouvez-vous nous donner, par exemple, la première étape ou certaines priorités?

2.1 L'idée est de mieux comprendre le fonctionnement dans son ensemble, donc qui (directions des différents établissements) devra, par exemple, travailler ensemble afin de s'assurer de cette concertation?

2.2 Quelle est la meilleure stratégie afin d'en arriver à un accès uniforme dans l'ensemble du réseau, tout en tenant compte des particularités de chacun des établissements? **Question ici qui peut rassembler l'ensemble de l'entretien (hôpitaux et lieux d'hébergement).**

Question 3: Avez-vous des objections (limites), des suggestions, des précisions, etc., dont vous souhaiteriez nous faire part?

Guide d'entrevue : gestionnaires en médecine de laboratoire

Mise en situation, problèmes soulevés dans le Sondage interne au sein du CIUSSS de l'Estrie – CHUS :

« Dans le cadre de la démarche de l'UETMISSS du CIUSSS-CHUS portant sur l'optimisation du parcours des personnes usagères trans et non binaires, un sondage a été proposé à l'ensemble du personnel œuvrant au CIUSSS-CHUS en février 2021. Toutes étaient invitées à y répondre : employées, gestionnaires et médecins. Ainsi, 1145 personnes issues de l'ensemble des directions ont rempli le questionnaire disponible en ligne. L'exercice visait à obtenir des données sur les connaissances de la réalité et des besoins propres aux personnes trans non binaires. »

Enfin, deux répondantes ont fait allusion à la question des tests en laboratoire : *« Les valeurs prédites dans mon travail sont selon l'âge, la taille et le sexe. Les résultats donnés sont selon le sexe à la naissance. Éthiquement, je fais quoi sur le rapport? »*; ainsi que *« ... en médecine, nous savons très bien que le sexe est important (e.g laboratoire). Une personne peut être non binaire si elle veut, mais dans une institution publique, c'est un homme ou une femme. »*

Question 1 : D'entrée de jeu, nous aimerions donc mieux comprendre les enjeux auxquels vous pourriez faire face ou faites face lorsque les tests de laboratoire ne correspondent pas à l'identité de genre de la personne usagère?

1.1 Quelle serait la marche à suivre si les informations données par la personne usagère ne sont pas les mêmes qu'au dossier ou que sur la carte RAMQ?

1.2 Comment procédez-vous actuellement si les résultats des tests ne correspondent pas aux « normes » des échelles pour le genre identifié sur la carte ou sur le dossier?

Exemple : On peut faire une transition sociale sans prendre d'hormones. Il y a aussi les personnes non binaires qui prennent des hormones à des doses différentes.

1.3 **Important :** Précisez les enjeux éthiques.

Question 2 : Comment interagit-on avec ces personnes usagères ou avec les autres membres du personnel afin de discuter d'un dossier? Êtes-vous bien outillée?

2.1 Importance de la confidentialité du dossier.

Exemple tiré d'autres données contextuelles, si pertinent : S'il y a une longue file d'attente, la personne usagère pourrait devoir faire un « coming out » non volontaire.

2.2 Quels seraient les éléments qui pourraient faciliter votre travail dans ces situations (incluant la question 1) ainsi que faciliter l'aspect relationnel?

Question 3 : Quel type de formation serait le plus approprié pour les membres de votre personnel?

3.1 Davantage lié à la sensibilisation (accueil, approche inclusive, transitions légale et sociale).

3.2 Plus spécifiques sur les enjeux éthiques et médicaux (transition médicale).

Par exemple : Est-ce qu'une formation développée spécifiquement pour le personnel de laboratoire qui serait plus en lien avec les impacts physiologiques des interventions de transition serait nécessaire?

Question 4 : Voyez-vous d'autres enjeux ou d'autres besoins pour les membres de votre personnel en lien avec le parcours de soin des personnes usagères trans et non binaires?

Si ce n'est pas déjà mentionné : Question 5 : Avez-vous des exemples de problématiques ou de points positifs sur le terrain dans votre pratique?

Annexe IX – Guide d’entrevue des groupes de discussion

Groupe 1 – Gestionnaires - fonctionnement généraux

Thème 1 : Accueil des usager·ères trans et non binaires

Dans le cadre de la démarche de l’UETMISSS du CIUSSS de l’Estrie – CHUS portant sur l’optimisation des soins et des services pour les usager·ères trans et non binaires, un sondage a été proposé à l’ensemble du personnel œuvrant au sein de l’établissement en février 2021. Toutes étaient invit·es à y répondre : employé·es, gestionnaires et médecins. Ainsi, 1145 personnes issues de l’ensemble des directions ont rempli le questionnaire. L’exercice visait à obtenir des données sur les connaissances de la réalité et des besoins propres aux personnes trans et non binaires.

Question 1 : D’entrée de jeu, afin de débiter en faisant un léger état de la situation, les résultats de ce sondage pourraient nous indiquer que les membres du personnel au sein du CIUSSS de l’Estrie – CHUS auraient besoin d’être outillé·es afin d’accueillir les personnes usagères trans et non binaires de manière inclusive ainsi que de les diriger vers les bons services ou de leur donner la bonne information, entre autres (DRHCAJ, DSI, téléphonie, éthique). **Qu’avez-vous observé comme besoin au sein de vos directions respectives?**

Question 2 : Est-ce que le service des communications peut contribuer à sensibiliser l’ensemble des membres du personnel au CIUSSS en intégrant davantage d’informations sur divers événements (Semaine de la fierté), par exemple, ou certains enjeux? Avez-vous des exemples ou des suggestions?

Question 3 : Pourrait-il y avoir des enjeux à ce que les employé·es indiquent leurs pronoms de préférence dans leur signature (les personnes qui le désirent)?

Question 4 : Peut-on adapter certains formulaires au sein du CIUSSS?

Par exemple : Autres cases pour le genre et le nom de préférence (Sexe – Intersexe).

4.1 - Pour les formulaires que l’on ne peut adapter, quelles autres modalités sont possibles pour intégrer ce réflexe dans la pratique (prénom choisi et genre)?

Attention : C’est le ministère qui crée les formulaires, mais qu’est-ce qui est possible d’implanter à votre niveau?

Question 5 : Entrevoyez-vous des résistances ou des obstacles à une telle démarche? Est-ce que les employé·es connaissent bien ces possibilités selon vous?

Question 6 : Est-ce qu’augmenter la présence de personnes usagères trans et non binaires dans les comités des usager·ères et autres comités au sein du CIUSSS (comité d’éthique) pourrait faciliter la sensibilisation et la compréhension des enjeux auxquels elles font face? Y aurait-il une manière de procéder à cet effet?

Si ce n'est pas mentionné dans la discussion :

Question 7 : Avez-vous des exemples de situations problématiques (plaintes exprimées) ou est-ce que vous anticipez certaines problématiques à la suite de ce qui vient d'être exposé?

Précisions : Importance de connaître le genre de la personne pour mieux la diriger dans ses soins ou son parcours de soin.

Importance d'agir de manière respectueuse avec les personnes usagères trans et non binaires, par exemple, en utilisant leurs pronoms de préférence.

Questions 8 : Voyez-vous d'autres enjeux en ce qui concerne l'accueil, l'éthique, la téléphonie et la prise de rendez-vous?

Thème 2 : Formations, sensibilisation et transmission des connaissances

Mise en situation : « Le personnel soignant se réfère aux SDS quand il les connaît. Danielle Chénier, administratrice de l'ATQ, signale que les établissements publics ne sont pas toujours au diapason des nouvelles connaissances et des ressources disponibles, même si la transsexualité est de moins en moins tabou » (46).

Question 1 : Afin d'améliorer cette situation, il serait possible de rendre disponible une formation de base à l'ensemble des employées. Est-ce que cela vous semble réalisable à court terme?

Question 2 : Quelles sont les possibilités financières et organisationnelles (temps) dans l'éventualité où certaines formations seraient plus longues, auraient un coût et seraient plus spécialisées pour des intervenantes ciblées qui seraient désignées comme « personnes ressources » (championnes), par exemple?

2.1 Plus précisément : Est-ce que chaque département doit avoir une personne qui connaît bien les ressources pour les personnes trans et non binaires?

Lien : Diriger ces personnes vers les bons services, par exemple.

Question 3 : Est-ce que l'on peut créer un dossier avec l'ensemble des formations disponibles sur la question pour les RH et intervenantes (DSI et autres)? Actuellement, quel est l'accès à l'information sur les ressources disponibles?

Question 4 : Afin d'améliorer nos connaissances et nos modes d'intervention en ce qui concerne le parcours de soin des personnes trans non binaires (DSI en particulier) :

Est-ce que l'on pourrait implanter un volet spécifique dans le cadre de la formation universitaire ou au cégep, par exemple, afin d'éviter une disparité entre intervenantes et ainsi une qualité de soins variable?

Cette question peut être élargie à l'ensemble des intervenantes en soins dans le réseau, mais nous tenons compte des participantes à cette rencontre.

Thème 3 : Formation continue

Suggestion et solution : Créer un centre de soutien (**pas une clinique**) pour les intervenantes (omnipraticien-nes, infirmier-ères, etc.) où le personnel serait au fait des dernières connaissances sur les protocoles en matière de santé et de suivi pour les usager-ères trans et non binaires afin de répondre à toutes les intervenantes ayant certains questionnements et, ainsi, faciliter le parcours de soin des personnes usagères trans et non binaires. De plus, cela permettrait de s'assurer que cette clientèle type aura accès à la même qualité de soins et aux mêmes ressources, peu importe sa porte d'entrée dans le système (**éviter que ce ne soit simplement par bouche-à-oreille que l'on connaisse les ressources, par exemple, et que telle unité soit très bien informée et formée en comparaison à d'autres**).

Question 5 : Est-ce que l'implantation d'un tel centre de services offerts aux membres du personnel du CIUSSS de l'Estrie – CHUS serait une possibilité?

5.1 Quelles seraient les conditions gagnantes pour créer un tel centre?

5.2 Quels seraient les obstacles?

Qui, quelle direction s'occuperait de mettre sur pied un tel centre de services? Qui, quels membres du personnel s'occuperait de mettre à jour les connaissances afin de maintenir une formation continue?

Autres précisions, si nécessaire : Assurer une transmission des connaissances ou une collaboration avec des personnes-ressources au sein de l'établissement, comme un service de référence qui se tient à jour en ce qui concerne les connaissances sur le sujet. Il ne s'agit pas tout simplement d'une formation X, mais bien d'une mise à jour continue de l'état des connaissances et des meilleures pratiques en termes de soins prodigués aux usager-ères trans et non binaires.

* Si un centre semble trop imposant, l'autre possibilité serait de former en continu certaines membres des équipes soignantes ou spécifiquement pour l'ensemble des RH, **mais attention aux disparités possibles entre les différents milieux**.

Si ce n'est pas mentionné dans la discussion : Population anglophone et plus éloignée des grands centres sur le territoire du CIUSSS de l'Estrie – CHUS :

Avez-vous des spécifications en ce qui concerne certaines problématiques liées aux clientèles anglophones et rurales, plus éloignées d'un grand centre comme Sherbrooke ou autres?

Groupe 2 – Gestionnaires et professionnel·les : première ligne

Mise en situation, tirée de OIIQ, 2017 (46) : « Parmi les études citées par le SDS, Reed et al. (2009) rapportent que le nombre de demandes de soins dans des services spécialisés du Royaume-Uni a doublé tous les cinq ou six ans. Zucker et al. (2008) rapportent une multiplication par quatre ou cinq sur une période de 30 ans des orientations d'enfants ou d'adolescentes vers leur clinique à Toronto. »

Voici (4) quatre thèmes centraux, ressortant de la littérature ainsi que des entrevues avec certains employé·es trans et non binares au sein du CIUSSS de l'Estrie – CHUS en ce qui concerne leur parcours de soins :

- 1- *Additionally, participants felt that implementing transgender healthcare across primary care was necessary for increasing resilience and empowerment within the transgender community (20).*

Toute la première ligne devrait être habilitée et outillée pour répondre aux besoins des personnes trans et non binares, pas seulement une clinique spécialisée, selon une préférence des patient·es ainsi que des médecins expert·es consulté·es.

- 2- *One of the most difficult aspects of transgender participants' journeys was the lack of a clear route to accessing care. For instance, one HCP reported that transgender patients were often referred to herin several non-traditional ways, including "Reddit", an online forum, and a drug dealer (20).*

Question de bien diriger ces usager·es dans le système de soins et de services, de montrer les portes d'entrée, ainsi que de rendre accessibles les ressources nécessaires au parcours de soins de celles-ci.

- 3- *I had a parent who was very supportive and who was willing to talk to them and do research with me, drive me to appointments, pay for meds, and go through all these things with me. If I hadn't had that, God I don't even know where I would be (20).*

Un soutien parental fort a des effets positifs incontestés sur le bien-être des jeunes trans pouvant aller jusqu'à une diminution de 93 % des risques de suicide. Toutefois, moins d'un tiers reçoivent ce soutien.

- 4- **Autre thème important** : Le lien avec les organismes communautaires.

Thème 1 : Outiller les professionnel·les de la première ligne

IMPORTANT : Expliquer qu'une formation de base pourrait être plus facilement donnée à l'ensemble des employé·es du CIUSSS de l'Estrie – CHUS (inclusion, réalité des usager·es trans et non binares, pronoms et prénoms de préférence). Ici, il sera question des formations plus spécifiques liées aux soins et services, au protocole et à l'approche transaffirmative (volet optimisation du parcours de soins et de services).

Question 1 : Une problématique importante pour les intervenant·es est de savoir quel est leur rôle et jusqu'où ils/elles peuvent aller dans les services et soins qu'ils/elles peuvent offrir avant de diriger la

personne usagère vers d'autres ressources. Une option serait d'avoir au moins une intervenante formée dans chaque GMF, CLSC et autres milieux de soins de première ligne. Est-ce que cela vous semble être atteignable et relativement facile à mettre en place ou non?

- 1.1 Quelle intervenante serait davantage visée (infirmière, médecin omnipraticien-ne, autres) ou y aller selon l'intérêt des intervenantes?
- 1.2 Quel milieu (GMF, CLSC) de soins devrait être visé dans tous les RLS?
- 1.3 Les médecins et autres intervenantes spécialisées mentionnent l'idée que ce soit obligatoire afin que chacun ne se renvoie pas la balle indéfiniment. Qu'en pensez-vous?
- 1.4 **Processus de référencement** : À quel moment ou pour quels motifs une intervenante des services sociaux généraux réfère-t-elle une usagère trans ou non binaire en santé mentale de première ou de deuxième ligne (psychiatre)?
- 1.5 Dans le même ordre d'idées, observez-vous sur le terrain que les intervenantes traitent automatiquement différemment une usagère trans ou non binaire alors que le besoin de la personne ne nécessite pas toujours un traitement spécialisé? **Autrement dit, est-ce qu'automatiquement on réfère la personne avant de voir si nous pouvons traiter ou accompagner cette personne?**
- 1.6 Est-ce possible de penser que les intervenantes de première ligne pourront évaluer les usagères trans et non binaires afin qu'elles obtiennent les services nécessaires à leur transition? Quels sont les besoins à cet effet?

Exemple : Les médecins spécialistes mentionnent le fait qu'elles ne voient pas les usagères au bon moment dans leur parcours de soins et qu'elles reçoivent des usagères qui n'auraient pas besoin de leurs services, ce qui fait en sorte que d'autres urgences sont traitées avec plus de délais.

Thème 2 : Accessibilité des soins et des services

Mise en situation plus spécifique à ce groupe (47) : « Les jeunes trans sont plus à risque de se suicider, de souffrir de dépression, de vivre de l'anxiété et de multiples expériences de victimisation comme la violence, le harcèlement et l'intimidation. [...] il est important de souligner que les difficultés vécues par les jeunes sont davantage liées au climat social néfaste, à la transphobie et aux enjeux relationnels qu'à un problème individuel. »

Question 1 : Un ensemble de ressources professionnelles doivent souvent être mise à contribution dans le parcours de soin des personnes usagères trans et non binaires (psychologue, sexologue, médecin spécialiste, travailleuse sociale, ergothérapeute, etc.). Une prise en charge multidisciplinaire est alors nécessaire. Est-ce que ce partenariat est possible et concerté actuellement?

- 1.1 Selon les modalités organisationnelles des soins et services de première ligne, comment ce partenariat se concrétise-t-il ou comment faire en sorte qu'il le soit?

1.2 Qui travaille déjà en concertation sur le terrain, s'il y a lieu, et avec quel département cela pourrait-il se complexifier (particulièrement en raison des modalités organisationnelles, par exemple)?

1.3 Avez-vous des solutions à proposer, des exemples, des stratégies ayant fait leurs preuves ou à mettre en place?

1.4 Autrement dit, comment mettre en place un réseau de soutien efficace dans les différents milieux de soins et services de première ligne, incluant l'intrahospitalier?

1.4.1 **Si la mise en place d'un protocole clair est de mise**, qui s'occupe de faire en sorte d'être à la fine pointe des dernières avancées scientifiques en ce qui concerne la santé et les soins et services aux personnes usagères trans et non binaires?

Question 2 : Comment rendre les soins et les services plus accessibles (ce qui existe en ce moment est un mélange entre ressources privées et publiques, et souvent les ressources ne sont pas disponibles dans le système de soin public)?

2.1 **Par exemple** : Comment procéder pour les personnes qui ont besoin d'un suivi en santé mentale continu?

2.2 **Exemple d'une solution mentionnée pour l'accessibilité** : Que pensez-vous de la possibilité de faire de la **télémédecine** pour des séances avec différentes professionnelles telles que sexologues et psychologues? Toute la question également ici de la barrière du coût des transports et de l'éloignement en région rurale.

2.3 Lorsque l'usager·ère trans ou non binaire n'a pas de médecin de famille, le parcours de soin peut se compliquer (attente, etc.). Y aurait-il une autre possibilité pour faciliter l'accessibilité aux différents soins et services dans le système public?

Question 3 : Diriger les usager·ères trans et non binaires vers une porte d'entrée en particulier pourrait-il être une option? Est-ce possible, étant donné la complexité et les différents besoins de ces usager·ères?

3.1 **Réflexion** : Si une personne trans et non binaire a besoin de soins d'urgence (intrahospitalier), cela serait-il possible dans l'immédiat?

3.2 Centraliser vers une porte d'entrée risque-t-il d'engorger ce milieu de soins et de services choisi ou de déresponsabiliser les autres milieux?

3.3 Si cela est envisageable, quel milieu de soins et de services serait visé et pourquoi?

Question 4 : Avez-vous un partenariat clair avec les organismes communautaires de la région qui s'occupent des enjeux liés aux soins et services offerts aux usager·ères trans et non binaires? **Expliquer en quoi il consiste, qui fait quoi, problématiques, points forts, etc.**

4.1 Quels processus pouvons-nous mettre en place pour non seulement faciliter ce partenariat, mais pour s'assurer qu'il soit concerté afin d'éviter les écarts d'accessibilité et de qualité des soins et des services aux usager·ères?

Former des intervenantes peut prendre du temps et les connaissances en ce domaine évoluent rapidement. **Une solution proposée** afin de s'assurer qu'un ensemble plus vaste d'intervenantes a accès à de la formation, des outils, un soutien dans leur pratique, etc. est de créer un centre de soutien (**pas une clinique**) où le personnel serait au fait des dernières connaissances sur les protocoles en matière de santé et de suivi pour les usager·ères trans et non binaires afin de répondre à toutes les intervenantes ayant certains questionnements et, ainsi, faciliter le parcours de soin des usager·ères trans et non binaires. De plus, cela permettrait de s'assurer que cette clientèle a accès à la même qualité de soins, peu importe sa porte d'entrée dans le système (**éviter que ce ne soit simplement par bouche-à-oreille que l'on connaisse les ressources, par exemple, et que tel milieu soit très bien informé et formé en comparaison à d'autres**).

Question 5 : Est-ce que l'implantation d'un tel centre de services offerts à l'ensemble des professionnel·les en santé et services sociaux du CIUSSS de l'Estrie – CHUS serait une possibilité?

5.1 Serait-il pertinent de créer plusieurs centres de services (ou des équipes multidisciplinaires) afin de cibler les intervenantes visées (clinique GMF, CLSC, etc.)?

5.2 Quelles seraient les conditions gagnantes pour créer un tel centre de services ou pour faire en sorte que rapidement un ensemble d'intervenantes de première ligne soit formé, quelle est la première étape?

5.3 Quels seraient les obstacles?

Autres précisions, si nécessaire : Assurer une transmission des connaissances ou une collaboration avec des personnes-ressources au sein de l'établissement, comme un service de référence qui se tient à jour en ce qui concerne les connaissances sur le sujet. Il ne s'agit pas tout simplement d'une formation X, mais bien d'une mise à jour continue de l'état des connaissances et des meilleures pratiques en termes de soins prodigués aux usager·ères trans et non binaires.

Thème 3 : Accompagnement, soins et services aux familles

Mise en situation, tirée de OIIQ, 2017 (46) : « Il faut aussi venir en aide à la famille. Vulnérables, les jeunes n'ont pas les habiletés requises pour défier l'autorité et faire respecter leurs désirs face à un environnement qui peut être hostile, à l'école ou dans l'entourage. Le parent doit accepter et apprivoiser la situation. Trans PULSE indique qu'en présence de soutien parental adéquat, le taux de suicide chez les jeunes diminue de 93 %. »

Question 1 : Dans l'organisation des soins de première ligne, selon les différents milieux de soins et services, est-ce qu'il est possible d'emblée, lorsque l'usager·ère consulte, d'offrir des soins et des services à la famille, si elle le désire? Comment cela fonctionne? Pourrait-on inclure directement ces soins et ces services dans le protocole?

Question 2 : Quelles ressources de première ligne seraient les plus adaptées et pertinentes pour offrir des soins et des services aux familles des usager·ères trans et non binaires ou pour accueillir ces familles dans leurs questionnements, si tel est le cas?

Question 3 : Dans l'éventualité où la famille serait hostile à l'usager·ère, où il pourrait y avoir des risques de violences, quelles procédures doit-on mettre en place afin d'assurer un suivi adéquat de cette usager·ère?

3.1 Ressources de sensibilisation pour la famille, **collaboration avec les centres communautaires ou autres?**

3.2 Lien avec la DPJ et la DPJe, hébergement, etc.?

3.3 Est-ce que les professionnel·les de première ligne sont bien outillé·es pour saisir ces enjeux liés au parcours de soins des usager·ères trans et non binaires?

Si ce n'est pas mentionné dans la discussion :

Question 4 : Avez-vous des spécifications en ce qui concerne certaines problématiques liées aux clientèles anglophones et rurales, plus éloignées d'un grand centre comme Sherbrooke ou autres?

Question finale : Avez-vous autre chose à ajouter : problématiques, points positifs, manière de procéder, etc.?

Groupe 3 – Gestionnaires et professionnel·les : clientèle type

Questions d'entrée de jeu :

Quelles sont les situations les plus problématiques selon vos clientèles spécifiques?

Quelles intervenant·es sont les plus susceptibles de travailler avec ces usager·ères au sein de vos départements et lieux de pratique?

Mise en situation plus spécifique à ce groupe (47): « Les jeunes trans sont plus à risque de se suicider, de souffrir de dépression, de vivre de l'anxiété et de multiples expériences de victimisation comme la violence, le harcèlement et l'intimidation. [...] il est important de souligner que les difficultés vécues par les jeunes sont davantage liées au climat social néfaste, à la transphobie et aux enjeux relationnels qu'à un problème individuel. »

Dans **Mieux intervenir auprès des aîné·es trans**, les auteur·rices, qui ont collaboré avec l'ATQ, précisent qu'aux problèmes habituels des personnes vieillissantes (solitude, santé et faible revenu) s'ajoutent « la peur du rejet par la famille, la transphobie des communautés gays et lesbiennes et la discrimination exercée par les professionnels de la santé et des services sociaux. » **Les auteur·rices soulignent les barrières auxquelles peuvent faire face les personnes trans de tous âges : manque de services spécialisés en région, coûts associés à la transition, rigidité des protocoles et refus de prendre cette clientèle en charge.**

Question 1 : Un ensemble de ressources professionnelles doivent souvent être mises à contribution dans le parcours de soin et de services des usager·ères trans et non binaires (psychologue, sexologue, médecin spécialiste, travailleuse sociale, ergothérapeute, etc.). Une **prise en charge multidisciplinaire** est alors nécessaire. Est-ce que ce partenariat est possible et concerté actuellement?

1.1 Selon les modalités organisationnelles des soins et services de vos établissements et situations de soins et services en particulier, comment ce partenariat se concrétise-t-il ou comment faire en sorte qu'il le soit?

1.2 Qui travaille déjà en concertation sur le terrain, s'il y a lieu, et avec quel département cela pourrait-il se complexifier (particulièrement en raison des modalités organisationnelles, par exemple)?

1.3 Avez-vous des solutions à proposer, des exemples, des stratégies ayant fait leurs preuves ou à mettre en place? **Autrement dit, comment mettre en place un réseau de soutien efficace dans les différents milieux de soins et de services?**

1.3.1 **Aire Ouverte :** Explications, fonctionnement, difficultés et points forts à cette date?

1.3.2 Voyez-vous d'autres possibilités de multidisciplinarités dans le cadre de votre pratique? Autres services ou soutien?

Question 2 : **Une autre possibilité est de former des intervenantes spécifiques dans chacune des unités.** Est-ce que cela vous paraît réalisable, pertinent? Pourquoi?

2.1 De quel type de formation auriez-vous le plus besoin (**de base**, liée à la culture organisationnelle, formulaires et pronoms de préférences; **ou médicale**, transition sociale et médicale)?

Question 3 : Avez-vous un partenariat clair avec les organismes communautaires de la région qui s'occupent des enjeux liés aux soins et services offerts aux personnes usagères trans et non binaires? **Expliquer : En quoi consiste-t-il, qui fait quoi, problématiques, points forts, etc.**

Question 3 : Comment se fait l'arrimage entre les services des différents OC sur le territoire et les programmes offerts au CIUSSS de l'Estrie – CHUS, comme **Aire ouverte** ou les soins et les services aux familles?

3.1 Existe-t-il des programmes en particulier (DSPublique)?

3.2 Avez-vous déjà mis en place certaines manières de procéder ou de communiquer entre vous concernant certains dossiers de personnes usagères trans et non binaires? **Est-ce éthiquement possible?** Sur le plan de la confidentialité des dossiers, est-ce une difficulté?

3.3 Qu'en est-il du programme PSOC de soutien aux groupes communautaires?

Question 4 : Parfois, le partenariat avec les écoles est indispensable dans le parcours de soins de la personne usagère trans et non binaire. Est-ce que ce partenariat existe actuellement de manière concertée ou est-ce plutôt du cas par cas?

4.1 Selon les réponses des participantes, quels processus pouvons-nous mettre en place pour non seulement faciliter ce partenariat, mais pour s'assurer qu'il soit concerté afin d'éviter les écarts d'accessibilité et de qualité des soins et services aux personnes usagères?

4.2 Sinon, comment faire en sorte d'intégrer ce partenariat avec le CIUSSS de l'Estrie - CHUS?

Familles :

Mise en situation, tirée de OIIQ, 2017 (46) :

« Il faut aussi venir en aide à la famille. Vulnérables, les jeunes n'ont pas les habiletés requises pour défier l'autorité et faire respecter leurs désirs face à un environnement qui peut être hostile, à l'école ou dans l'entourage. Le parent doit accepter et apprivoiser la situation. [Trans PULSE](#) indique qu'en présence de soutien parental adéquat, le taux de suicide chez les jeunes diminue de 93 %. » (**Nombre d'exemples dans la recension des écrits confirment cette affirmation**).

Question 1 : Quelles ressources seraient les plus adaptées et pertinentes pour offrir des soins et services aux familles des usagerères trans et non binaires ou pour accueillir ces familles dans leurs questionnements, si tel est le cas?

Question 2 : Dans l'éventualité où la famille serait hostile à l'usagerère, où il pourrait y avoir des risques de violences, quelles procédures doit-on mettre en place afin d'assurer un suivi adéquat de l'usagerère et de la famille?

2.1 **Ressources** (quelles sont-elles?) de sensibilisation pour la famille, **collaboration avec les centres communautaires ou autres?**

2.2 DPJ et la DPJe, voyez-vous des problématiques particulières en lien avec les jeunes en hébergement?

2.3 Ou des particularités avec le suivi des familles d'accueil, qui peuvent être également problématiques?

Hébergement des aîné-es trans et non binaires

Question 1 : Pensez-vous que, si on prenait davantage en compte les besoins spécifiques possibles, le passage à l'hébergement se ferait plus facilement?

1.1 Voyez-vous des problématiques particulières en lien avec les aîné-es trans et non binaires en hébergement?

Question 2 : Voyez-vous des problématiques particulières en lien avec les soins à domicile?

Itération des données avec l'entretien avec le-la gestionnaire de la DST :

Question 1 : Voyez-vous des problématiques dans vos environnements respectifs en lien avec les lieux physiques (toilettes, vestiaires)?

Question 2 : Avez-vous fait des demandes en ce sens auprès de la direction des services techniques (DST)? Sinon avez-vous entrepris d'autres démarches?

Question 3 : Quelles actions seraient à prioriser dans ce dossier, selon vous?

Question finale : De quels services, formations, types de soutien avez-vous le plus besoin ou à mettre en priorité afin d'optimiser le parcours de soins des usagerères trans et non binaires dans votre milieu de soins et de services?

Avez-vous des éléments à ajouter, problématiques, points forts, etc. dont nous n'avons pas discuté?

Groupe 4 – Professionnel·les de la santé spécialisés·es en soins et en services aux usager·ères trans et non binaires

Thème 1 - Transitions médicale et sociale

Mise en situation, tirée de OIIQ, 2017 (46) :

Annie Pullen Sansfaçon précise que l'identité de genre se développe à partir de trois ou quatre ans : « Vers sept ou huit ans, on a une meilleure idée et elle se cristallise bien avant l'adolescence », dit-elle. Le sondage Trans PULSE mené en Ontario révèle que 59 % des répondants sont conscients que leur identité de genre ne correspond pas à leur corps avant l'âge de 10 ans, et 80 %, avant 14 ans (Bauer et Scheim, 2015). »

Question 1 : Il a été démontré dans la littérature (2) que le partage de la responsabilité ayant trait aux enjeux médicaux de la prise d'hormones à long terme, par exemple, par une prise en charge multidisciplinaire de la personne usagère, est une avenue intéressante pour les médecins endocrinologues et autres intervenantes. Est-ce que ce partenariat est exercé actuellement?

1.1 Quels partenaires sont absents ou avec lesquels il est plus difficile de fonctionner en partenariat et pour qui nous devrions mettre en œuvre une stratégie spécifique pour pallier la situation (si tel est le cas)?

1.2 Quelle serait cette stratégie (idées, ce qui a déjà été fait, etc.)?

1.3 Quelles professionnel·les seraient pertinentes ou à ne pas oublier?

1.4 Est-ce que la formation de différentes équipes multidisciplinaires serait préférable et envisageable, selon les besoins des usager·ères?

Question 2 : Avez-vous recours au consentement éclairé?

2.1 Si oui, est-ce le point de départ pour l'hormonothérapie, par exemple, ou l'accent est davantage mis sur l'importance du professionnel·le en santé mentale (évaluation complète)?

2.2 Est-ce que plusieurs intervenantes y ont recours dans le parcours de soin de l'usager·ère?

2.3 Sinon, pourquoi?

Question 3 : Il est également fortement suggéré dans la littérature de prendre plus de temps avec la personne usagère, notamment afin de s'assurer de sa compréhension de ce qu'implique les soins de transition, de mieux comprendre son parcours et son cheminement, etc. Est-ce une pratique intégrée sur le terrain?

3.1 Éprouvez-vous des contraintes à mettre en pratique cette suggestion? Pourquoi?

Mise en situation, tirée de OIIQ, 2017 (46) :

« Il faut aussi venir en aide à la famille. Vulnérables, les jeunes n'ont pas les habiletés requises pour défier l'autorité et faire respecter leurs désirs face à un environnement qui peut être hostile, à l'école ou dans l'entourage. Le parent doit accepter et apprivoiser la situation. [Trans PULSE](#) indique qu'en présence de soutien parental adéquat, le taux de suicide chez les jeunes diminue de 93 %. » (**Nombre d'exemples dans la littérature confirment cette affirmation**).

Question 4 : Nous avons discuté de prendre plus de temps avec l'usager·ère, **si le sujet n'a pas été souligné**, lorsque vous avez affaire à des enfants et à des adolescentes, avez-vous accès facilement aux familles de ces usager·ères trans et non binaires dans votre pratique?

4.1 Quels services devraient s'arrimer au vôtre si tel n'est pas le cas ou si votre pratique ne vous le permet pas (psychologue et confidentialité du dossier de l'usager·ère)?

Garder en tête que le parcours ou l'expérience des parents/familles est également vu dans la littérature comme une réelle transition en soi.

4.2 Est-ce que l'approche autogérée (groupe de parents impliqués avec animatrice) est présente en Estrie? Est-ce que cela serait une avenue selon vous? Pourquoi?

Exemple : Jeunes identités créatives/Gender Creative Kids Canda est un organisme fondé en 2013 par des parents impliqués dans un groupe autogéré. D'autres groupes se sont créés au Québec.

4.3 Dans le même ordre d'idées, les écoles devraient parfois être interpellées. Existe-t-il déjà des manières de procéder mises en place ou est-ce plutôt du cas par cas?

Mise en situation, tirée de OIIQ, 2017 (46) :

« Un diagnostic de dysphorie ouvre la porte à l'hormonothérapie et à la chirurgie. Pour l'obtenir, il faut entreprendre un suivi psychologique préalable d'une durée minimale de six mois. Là, comme ailleurs, longues sont les listes d'attente et rares sont les ressources formées pour accompagner psychologiquement les personnes trans. Celles qui en ont les moyens optent pour le privé; d'autres, en désespoir de cause, se procurent leurs hormones sur le marché noir. » (**Nombre d'exemples dans la recension des écrits confirment cette affirmation**).

Question 5 - Comment rendre les soins et services plus accessibles (ce qui existe en ce moment est un mélange entre ressources privées et publiques, et souvent les ressources ne sont pas disponibles dans le système de soin public)?

5.1 **Par exemple** : Comment procéder pour les personnes qui ont besoin d'un suivi en santé mentale continu?

5.2 **Exemple d'une solution pour l'accessibilité** : Que pensez-vous de la possibilité de faire de la télémédecine pour des séances avec différentes professionnelles, telles que sexologues et psychologues?

5.3 Lorsque l'usager·ère trans ou non binaire n'a pas de médecin de famille, le parcours de soin peut se compliquer (attente, etc.). Y aurait-il une autre possibilité pour faciliter l'accessibilité aux différents soins et services dans le système public?

Si ce n'est pas mentionné dans la discussion :

Question 6 : Avez-vous des spécifications en ce qui concerne certaines problématiques liées aux clientèles anglophones et rurales, plus éloignées d'un grand centre comme Sherbrooke ou autres?

Rappel : Plusieurs auteur·rices (2,20,46) soulignent différentes problématiques liées aux barrières auxquelles peuvent faire face les personnes trans et non binaires de tous les âges : **manque de services spécialisés en région, coûts associés à la transition, rigidité des protocoles et refus de prendre cette clientèle en charge.**

Thème 2 : Formation continue

L'itération des données probantes fait ressortir de manière importante que l'on doit s'assurer qu'un ensemble plus vaste d'intervenantes ait accès à de la formation, des outils, un soutien dans leur pratique, etc.

Une solution proposée est de créer un centre de soutien (**pas une clinique**) pour les intervenantes (omnipraticien·nes, infirmier·ères, etc.) où le personnel serait au fait des dernières connaissances sur les protocoles en matière de santé et de suivi pour les usager·ères trans et non binaires afin de répondre à toutes les intervenantes ayant certains questionnements et, ainsi, faciliter le parcours de soins des usager·ères trans et non binaires. De plus, cela permettrait de s'assurer que cette clientèle aura accès à la même qualité de soins et aux mêmes ressources, peu importe sa porte d'entrée dans le système (**éviter que ce ne soit simplement par bouche-à-oreille que l'on connaisse les ressources, par exemple, et que telle unité soit très bien informée et formée en comparaison à d'autres**).

Question 1 : Est-ce que l'implantation d'un tel centre de services offerts à l'ensemble des professionnelles en santé et services sociaux du CIUSSS de l'Estrie – CHUS serait une possibilité?

1.1 Serait-il pertinent de créer plusieurs centres (ou des spécialités au sein du même centre) afin de cibler les intervenantes visées, par exemple, une spécialité axée sur les soins et les services liés à la transition médicale?

1.2 Quelles seraient les conditions gagnantes pour créer un tel centre?

1.3 Quels seraient les obstacles?

Autres précisions : Assurer une transmission des connaissances ou une collaboration avec des personnes-ressources au sein de l'établissement, comme un service de référence qui se tient à jour en ce qui concerne les connaissances sur le sujet. Il ne s'agit pas tout simplement d'une formation X, mais bien d'une mise à jour continue de l'état des connaissances et des meilleures pratiques en termes de soins prodigués aux usager·ères trans et non binaires.

Question 2 : En terminant, avez-vous des suggestions et/ou des exemples de formations pertinentes ou encore des idées afin d'aider la mise à niveau des connaissances sur la santé des personnes trans non binaires dans l'ensemble de l'établissement?

2.1 Avez-vous eu affaire à des cas de « détransition » ou de changement considérable dans le cheminement de l'usager·ère trans ou non binaire? Êtes-vous bien outillée?

Question 3 : Avez-vous autre chose à ajouter : problématiques, points positifs, manière de procéder, etc.?

Annexe X – Validation externe

Voici le commentaire qu'a rédigé la Dre Lou-Ann Morin à la suite de la lecture du rapport :

Montréal, le 8 mai 2023

Ce commentaire sert de validation externe au rapport intitulé « Diversité de genre : optimisation de l'offre de soins et de services pour les personnes trans et non binares au CIUSSS de l'Estrie – CHUS Volet 2 ».

À titre de psychologue travaillant auprès de personnes trans et non binares, j'ai lu le présent rapport et j'offre ici un commentaire général suite à la lecture de celui-ci.

Tout d'abord, j'aimerais souligner l'importance d'un rapport comme celui-ci. En effet, au-delà des statistiques de recensement évoquées en introduction, les personnes trans et non binares font partie d'un groupe qui, comme je peux le constater en clinique de psychologie, vit de nombreux stress supplémentaires lorsqu'il est question de l'accès à des soins de santé adéquats et bienveillants, exempts de microagressions. Ce stress, qui fait partie du concept plus large du modèle de stress minoritaire (Meyer, 2003) et qui découle d'éléments systémiques, est fréquemment observé en clinique comme un facteur important de vulnérabilité sur le plan de la santé mentale (Zeluf et al., 2016). En outre, j'aimerais citer le document de l'APA (2015) qui sensibilise déjà bien à l'importance de bien former les professionnelles de la santé aux compétences d'accueil des personnes trans et non binares.

Plusieurs besoins cités dans le rapport font écho à ce que j'ai pu fréquemment entendre et observer en clinique de psychologie en tant que professionnelle spécialisée en santé trans au cours des sept dernières années. J'ai lu et révisé ce rapport et je peux offrir ma validation externe à la majeure partie de celui-ci. Je précise m'être moins attardée aux chapitres méthodologiques. J'aimerais mettre l'accent sur certaines des conclusions qui font particulièrement écho à mes observations cliniques.

Le premier élément, qui reste central à mon avis, concerne l'importance de mettre en place des services de premières lignes bienveillants et sensibles à la transitude, ainsi que le besoin d'établir des corridors de services en santé trans et non-binaire accessibles dans le réseau public. Je pratique à Montréal, et je reçois régulièrement des personnes qui font plus de deux heures de route, juste pour avoir accès à des services transaffirmatifs, ne les trouvant pas dans leur région. Pour certaines de ces familles, le simple fait de devoir se payer ce transport ajoute un stress important. Le stress de devoir s'exposer publiquement au regard des autres personnes durant le trajet dans la période plutôt vulnérable de transition peut aussi être considéré. L'argent est également un obstacle lorsque je reçois des personnes en situation de précarité financière qui se paient de coûteuses lettres d'évaluation psychosociale au privé pour obtenir un service pourtant offert dans le réseau public, comme l'hormonothérapie ou les chirurgies d'affirmation de genre. Ainsi, je constate une rupture, bien identifiée dans ce rapport, au niveau du corridor de service, surtout lorsqu'il y a des exigences d'évaluation qui ne sont pas couvertes par le réseau : on offre des services accessibles au public, mais isolés d'autres services nécessaires qui ne se trouvent qu'au privé, souvent en dehors de la région de la personne.

Pour ces raisons, j'ai lu avec attention la section du rapport qui identifie les avantages et les limites entre la création d'une clinique spécialisée et la formation plus généralisée des professionnelles du réseau de la santé. Sur ce point, je suis entièrement d'accord avec la conclusion qui y est présentée, soit que la

création d'un lieu unique spécialisé en santé trans ne soit pas recommandé. En effet, bien que je puisse voir le potentiel des espaces spécialisés en ce qu'ils peuvent réduire les impacts du stress minoritaire vécu dans le système de santé, notamment en réduisant le risque de microagressions, il reste que les difficultés d'accès à des soins de proximité restent un enjeu majeur. Sur ce dernier point, je peux donner en exemple qu'il m'est arrivé plus d'une fois d'avoir de la difficulté à établir un plan de sécurité avec des personnes en détresse psychologique importante, car celles-ci avaient vécu des expériences de transphobie systémique en milieu de soins et n'osaient pas avoir recours de nouveau aux services d'urgence locaux, même en cas de danger immédiat. Il me semble donc important de prendre conscience que le besoin de changement doit être plus large et non pas se concentrer uniquement sur des espaces spécialisés.

Un autre exemple souvent entendu est celui des soins de plaies post-chirurgie d'affirmation de genre. Plusieurs personnes m'ont rapporté un stress de ne pas réussir à trouver des soins de plaie à proximité, une compétence qui semble pourtant commune en soins infirmiers, les forçant, à tous les mois, à revenir au Centre Métropolitain de chirurgie situé à Montréal. Pour des gens qui vivent déjà plusieurs stress minoritaires importants, faire ce trajet régulièrement alourdit la charge d'adaptation. Je pense aussi aux jeunes adultes qui ne se sentent pas prêtes encore à se dévoiler à leurs parents, mais qui dépendent de ces derniers pour faire le trajet à la clinique lorsque celle-ci est difficile d'accès localement.

En outre, bien que j'ai entendu en clinique des demandes similaires à celles mentionnées dans le rapport, comme les toilettes inclusives et l'adaptation des formulaires de réception, l'enjeu principal qui m'est le plus souvent rapporté concerne surtout la formation des professionnelles de la santé et leurs biais cis-centriques, notamment dans l'évaluation de leur demande (par exemple, voir leur volonté d'affirmation de genre être pathologisée inutilement).

Comme intervenante en santé mentale, je suis également souvent témoin du stress causé par la difficulté d'accès à des services médicaux transaffirmatifs de base. Je me retrouve plus souvent qu'autrement à offrir des interventions de soutien pour aider dans l'attente d'accès à des soins d'affirmation de genre plutôt que des soins plus spécialisés de psychothérapie, ce qui rend l'accès aux soins en santé mentale moins efficace. De plus, il est difficile pour moi d'intervenir tant que la personne est dans la détresse de l'attente de service d'affirmation de genre sur le plan médical. Quelle partie de la détresse relève d'enjeux de santé mentale plus globaux, et quelle partie est secondaire à la dysphorie créée par l'attente? Et en l'absence de canal de communication bien établi, j'ai souvent de la difficulté à entrer en contact avec les médecins de famille des usager·ères pour discuter de ces situations. De plus, plusieurs personnes qui consultent ont plutôt besoin de soutien concret dans leur processus d'affirmation de genre (avoir accès à du matériel comme des « binders », savoir où sont les ressources, etc.) plus que de psychothérapie. Selon mes observations, le corridor de service bénéficierait probablement d'être arrimé au milieu communautaire, d'embaucher des intervenantes sensibles aux besoins en transidentité et d'adopter une perspective de collaboration systémique plus large qui, tel que souligné dans le rapport, peut inclure les familles ou des interventions en milieu (comme en milieu scolaire pour les mineures).

J'aimerais aussi souligner quelques thèmes absents de ce rapport et que je constate en clinique, du moins dans la région montréalaise où je pratique, en commençant par l'expérience des personnes migrantes non citoyennes qui n'ont pas encore la possibilité de changer de nom à l'état civil, ce qui cause bien des maux de tête sur le plan administratif. Les intersections spécifiques entre l'identité de genre et l'identité culturelle peuvent parfois devenir un enjeu ajoutant à la sensibilité des interventions. De plus,

bien que le rapport semble faire référence à l'expérience des familles et d'enfants, je peux préciser que les soins en santé trans auprès de mineures reste un enjeu pour lequel je constate encore beaucoup d'incompréhension dans le milieu de la santé. Sur cet aspect particulier, le besoin de formation m'apparaît encore plus grand. À cet égard, je salue les sections de ce rapport qui encouragent de façon générale le développement des compétences en santé trans, incluant les pratiques réflexives sur les biais cis-centriques, notamment dans les compétences d'évaluation en santé ou en santé mentale.

En conclusion, je peux affirmer à titre de professionnelle travaillant auprès de personnes trans et non binaires, que l'ensemble, les témoignages évoqués dans ce rapport représentent donc assez bien plusieurs réalités et besoins qui me sont témoignés dans l'espace clinique par les personnes trans et non-binaires. En tant que professionnelle qui côtoie le monde de la santé, je peux aussi témoigner des réticences évoquées par le milieu. Je salue donc cette tentative de réfléchir de façon systémique et globale aux besoins et obstacles en santé trans et non binaire.

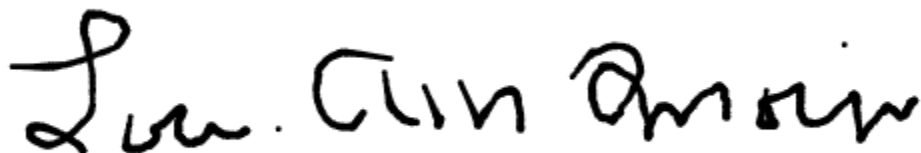
Références

APA – American Psychological Association (2015). Guidelines for Psychological Practice with Transgender and Gender Nonconforming People. *American Psychologist*, 70 (9), 862-864.

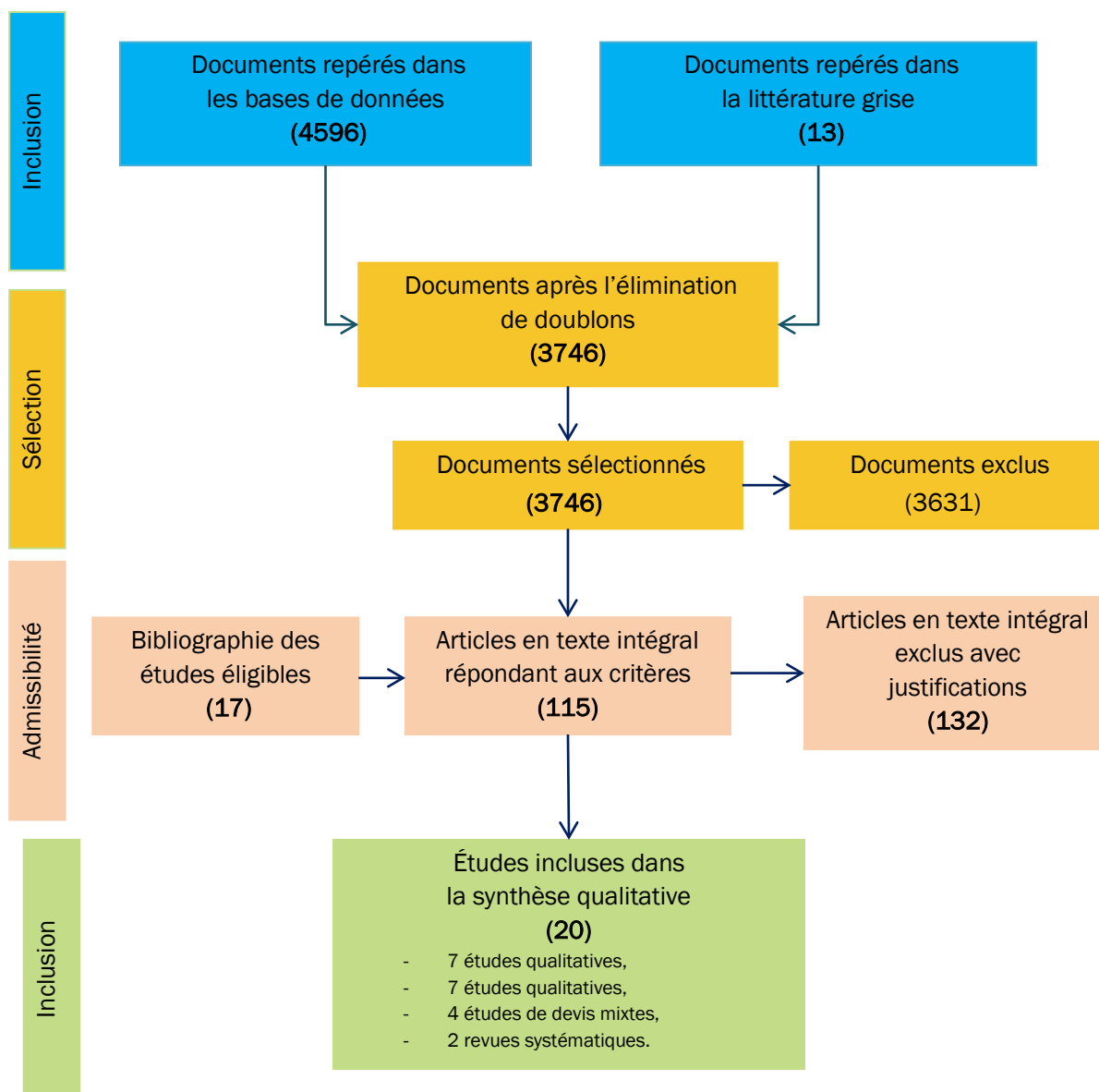
Meyer, I.H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health In lesbian, gay and bisexual populations: conceptual issues and research evidence. *Psychological bulletins*, 129(5) : 674-697.

Zeluf, G., Dhejne, C., Orre, C., Nilunger Mannheim, L., Deogan, C., Höijer, J & Ekéus Thorson, A. (2016). Health, Disability and quality of life among trans people in Sweden-a web based survey. *BMC Public Health*, 16 (903),

Dre Lou-Ann Morin, psychologue. Rapport endossé le 8 mai 2023.

A handwritten signature in black ink, reading "Lou-Ann Morin". The signature is written in a cursive, flowing style.

Annexe XI – Diagramme de flux – PRISMA



Annexe XII – Liste des documents exclus avec les raisons de l'exclusion

Première auteure	Année	Titre	Raison d'exclusion
Abebe, A.	2016	Caring for transgender patients	Recension des écrits non systématique
Adams, J.	2013	Mental health promotion for gay, lesbian, bisexual, transgender and intersex New Zealanders	N'aborde pas la santé trans de façon distincte
Adams, M.	2017	Assessing and Meeting the Needs of LGBT Older Adults via the Older Americans Act	N'aborde pas la santé trans de façon distincte
Agosto, D.	2019	Improving Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Health Care Outcomes	N'aborde pas la santé trans de façon distincte
Aguilar, E.	2015	Enhancing Dental and Dental Hygiene Student Awareness of the Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender Population	Recension des écrits non systématique
Ahmad, S.	2013	Gender dysphoria services: a guide for general practitioners and other healthcare staff	Avis d'experts
Aitken, S.	2017	The primary health care of transgender adults	Recension des écrits non systématique
Akkermans, R.	2018	The UK gender identity clinic for young people	Commentaire
Allen, K.	2012	Analysis of GLBTQ YouthmCommunity-Based Programs in the United States	Porte sur les organismes communautaires et non sur l'organisation de soins dans le milieu de la santé
American College Health Association (ACHA)	2016	ACHA Guidelines	Avis d'experts
American College of Healthcare Executives	2013	The Healthcare Executive's Role in Fostering Inclusion of LGBTQ Patients and Employees	N'aborde pas la santé trans de façon distincte
Antoni, C.	2015	Service Delivery and the Challenges of Providing Service to People Who Are Transgender	Avis d'experts
Association Professionnelle Canadienne pour la Santé Transgenre (CPATH)	2015	Literature Review to Support Health Service Planning for Transgender People	Recension des écrits non systématique
Association Professionnelle Canadienne pour la Santé Transgenre	2018	Publicly funded transition care	N'est pas une étude

Première auteure	Année	Titre	Raison d'exclusion
(CPATH)			
Bernstein, S.	2018	The World Was Not Built for Us: Improving Access to Care for Transgender Youth	Avis d'experts
Bolderston, A.	2016	Improving the health care experiences of lesbian, gay, bisexual and transgender patients	Recension des écrits non systématique
Bonifacio, J.	2019	Management of gender dysphoria in adolescents in primary care	N'est pas une étude
Bruessow, D.	2018	Primary care providers' role in transgender healthcare	Avis d'expert s'appuyant sur une recension des écrits non systématique.
Burki, T.	2019	Concerns raised about NHS gender identity service	Commentaire
Cannon, S.	2017	Addressing the healthcare needs of older Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender patients in medical school curricula : a call to action	Ne contient pas de résultats
Chaire de recherche sur l'homophobie (UQAM)	2020a	Recension descriptive des outils d'intervention en santé et services sociaux auprès des personnes LGBT+	N'aborde pas la santé trans de façon distincte
Chaire de recherche sur l'homophobie (UQAM)	2020b	Tableau des outils - Recension descriptive des outils d'intervention en santé et services sociaux auprès des personnes LGBT+	N'aborde pas la santé trans de façon distincte
Chen, D.	2016	Multidisciplinary Care for Gender-Diverse Youth: A Narrative Review and Unique Model of Gender-Affirming Care	Avis d'experts
Colon, D.	2019	Resources for Transgender Individuals: Transgender Organizations and Services	Liste de ressources
Conner, J.	2019	How to Better Meet the Mental Health Needs of Transgender Individuals within a Primary Care Clinic	Ne contient pas de résultats
Cousino, M.	2014	An Emerging Opportunity for Pediatric Psychologists: Our Role in a Multidisciplinary Clinic for Youth With Gender Dysphoria	Avis d'experts
Cramer, P.	2015	It is more than sex and clothes: Culturally safe services for older lesbian, gay, bisexual, transgender and intersex people	N'aborde pas la santé trans de façon distincte
Daley, A.	2017	Providing Health and Social Services to Older LGBT Adults	Recension des écrits non systématique
Dawson, M.	2018	Treating LGBTQIA patients	Article de vulgarisation scientifique donnant des recommandations de pratiques sans données probantes
Dean, M.	2016	Inhospitable Healthcare Spaces: Why Diversity Training on	Avis d'experts

Première auteure	Année	Titre	Raison d'exclusion
		LGBTQIA Issues Is Not Enough	
Deutsch, M.	2016	Gender-affirming Surgeries in the Era of Insurance Coverage: Developing a Framework for Psychosocial Support and Care Navigation in the Perioperative Period	Avis d'experts
Di Ceglie, D.	2014	Care for Gender-Dysphoric Children	Avis d'experts
Dickey, L.	2017	Toward Developing Clinical Competence: Improving Health Care of Gender Diverse People	N'est pas une étude
Dickey, L.	2012	Addressing LGBT healthcare needs	N'est pas une étude
Ding, J.	2020	A Model for Improving Health Care Quality for Transgender and Gender Nonconforming Patients	Avis d'experts
Douglass, M.	2018	Health Care for the Homeless Transgender Community: Psychiatric Services and Transition Care at a Student-Run Clinic	Avis d'experts
Duvivier, R.	2016	Health equity for LGBTQ people through education	N'aborde pas la santé trans de façon distincte
Eade, D.	2018	Implementing a Single-Session Nurse-Led Assessment Clinic into a Gender Service	Avis d'experts
Ehrenfeld, J.	2016	Education Creates Welcoming Environment for Transgender Patients	Avis d'experts
Emploi et développement social Canada	2018	Isolement social des aînés : un regard sur les aînés LGBTQ au Canada	N'aborde pas la santé trans de façon distincte
Esteva de Antonio, I.	2013	Coordination of healthcare for transsexual persons: a multidisciplinary approach	Recension des écrits non systématique
Esteva de Antonio, I.	2015	Position statement: Gender dysphoria in childhood and adolescence. Working Group on Gender Identity and Sexual Development of the Spanish Society of Endocrinology and Nutrition (GIDSEEN)	Avis d'experts
Ferguson, A.	2017	It's Complicated: Navigating Multiple Identities in Small Town America	N'aborde pas la santé trans de façon distincte
Groupe d'action trans de l'Université de Sherbrooke (GATUS)	2019	Guide de transition légale	N'est pas une étude
Gratwick, S.	2014	Social Work Practice With LGBT Seniors	Avis d'experts
Guss, C.	2017	"Just Step Up:" A Qualitative Study of Transgender	Article complet non disponible (seulement

Première auteure	Année	Titre	Raison d'exclusion
		Adolescents' Experiences in Primary Care	accès à un résumé)
Hafford-Letchfield, T.	2017	Developing inclusive residential care for older lesbian, gay, bisexual and trans (LGBT) people: An evaluation of the CareHome Challenge action research project	N'aborde pas la santé trans de façon distincte
Hsieh, S.	2014	Resource List: Clinical Care Programs for Gender-Nonconforming Children and Adolescents	Liste de ressources
INSPQ	2016	Sexes, genres et orientations sexuelles : comprendre la diversité	N'aborde pas la santé trans de façon distincte
Jacobson, J.	2017	LGBT Older Adults in Long-Term Care	N'est pas une étude; ne contient pas de résultats
Jadwin-Cakmak, L.	2020	The Health Access Initiative: A Training and Technical Assistance Program to Improve Health Care for Sexual and Gender Minority Youth	Ne porte pas sur l'organisation des soins et services
Jiang, D.	2019	Implementation of a Pelvic Floor Physical Therapy Program for Transgender Women Undergoing Gender-Affirming Vaginoplasty	Mesures de résultats définies non incluses
Jones, B.	2019	The Gender Congruence and Life Satisfaction Scale (GCLS): Development and validation of a scale to measure outcomes from transgender health services	Ne porte pas sur l'organisation des soins et services
Kaigle, A.	2017	Approach to the provision of transgender health care in a veteran population	Avis d'experts
Kameg, B.	2018	Gender dysphoria in youth: An overview for primary care providers	Recension des écrits non systématique
Kauth, M.	2015	Teleconsultation and Training of VHA Providers on Transgender Care: Implementation of a Multisite Hub System	Ne porte pas sur l'organisation des soins et services
Klein, P.	2018	The Boston Medical Center Experience: An Achievable Model for the Delivery of Transgender Medical Care at an Academic Medical Center	Avis d'experts
Knochel, A.	2012	Training, Geography, and Provision of Aging Services to Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Older Adults	N'aborde pas la santé trans de façon distincte
Koch, J.	2016	Transgender Clients in Rural Areas and Small Towns	Avis d'experts
Kosenko, K.	2013	Medical Care	Ne porte pas sur l'organisation des soins et services
Krinsky, L.	2017	Advancing LGBT Elder Policy and Support Services: The Massachusetts Model	Avis d'experts

Première auteure	Année	Titre	Raison d'exclusion
Kwong, J.	2017	Development of an Interprofessional Collaborative Practice Model for Older LGBT Adults	N'aborde pas la santé trans de façon distincte
LGBTFieldGuide	2011	Advancing Effective Communication, Cultural Competence, and Patient- and Family-Centered Care for the Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender (LGBT) Community	Le guide a été publié en 2011, et nous incluons dans notre recension les articles publiés à partir de 2012. De plus, il s'agit d'un avis d'expert sans données probantes.
Lindroth, M.	2016	'Competent persons who can treat you with competence, as simple as that' – an interview study with transgender people on their experiences of meeting health care professionals	Ne porte pas sur l'organisation des soins et services
Llorente, M.	2018	Transitioning the Healthcare System to Effectively Work with Older Transgender Persons	Ne contient pas de résultats
Loza, O.	2018	Developing Trans-Affirming Health Services in an Underserved Area: An Intersectional Approach	Avis d'experts
McBride, D.	2018	Overcoming Barriers to Health Care Utilization by Transgender/gender Nonconforming Youth	Avis d'experts
McGovern, J.	2016	Lessons learned from an LGBTQ senior center : A Bronx Tale	N'aborde pas la santé trans de façon distincte
Mitchell, O.	2018	A modified Continuous Quality Improvement approach to improve culturally and socially inclusive care within rural health services	N'aborde pas la santé trans de façon distincte
Morenz, A.	2020	A Blueprint for Planning and Implementing a Transgender Health Program	Avis d'experts
Newsome, C.	2017	Incorporating a pharmacist into an interprofessional team providing transgender care under a medical home model	Avis d'experts
Nisly, N.	2018	Developing an Inclusive and Welcoming LGBTQ Clinic	Avis d'experts
Norman, K.	2015	'Socializing Transgender' - Social Care and Transgender People in Scotland	Ne distingue pas les services sociaux et communautaires des services de santé physique et mentale
Nowaskie, D.	2019	Impact on patient satisfaction and importance of medical intake and office staff in a multidisciplinary, one-stop shop transgender program in Indianapolis, Indiana	Ne porte pas sur l'organisation des soins et services
O'Connor, M.	2017	New clinic fills need for LGBT-focused care	N'est pas une étude; ne contient pas de résultats
Olezeski, C.	2017	Development of the Yale Gender Center: An Early Progress Report	Avis d'experts
Oransky, M.	2019	An Interdisciplinary Model for Meeting the Mental Health	Avis d'experts

Première auteure	Année	Titre	Raison d'exclusion
		Needs of Transgender Adolescents and Young Adults: The Mount Sinai Adolescent Health Center Approach	
Painter, K.	2018	Improving the Mental Health Outcomes of LGBTQ Youth and Young Adults : A Longitudinal Study	N'aborde pas la santé trans de façon distincte
Perry, Y.	2018	Online interventions for the mental health needs of trans and gender diverse young people	Avis d'experts
Porter, K.	2016	Providing Competent and Affirming Services for Transgender and Gender Nonconforming Older Adults	Avis d'experts
Puckett, J.	2019	An Ecological Approach to Therapy With Gender Minorities	Recension des écrits non systématique
Quaile, A.	2017	Whole system change needed in gender identity services	Ne contient pas de résultats
Rainbow Health Ontario	2015	Protocols for Hormone Therapy for Trans Clients	N'est pas une étude
Rainbow Health Ontario	2016	Initial Assessment Checklist	Ne porte pas sur l'organisation des soins et services
Rebchook, G.	2017	The Transgender Women of Color Initiative: Implementing and Evaluating Innovative Interventions to Enhance Engagement and Retention in HIV Care	Ne porte pas sur l'organisation des soins et services
Redfern, J.	2016	Psychosocial, HIV, and health care management issues impacting transgender individuals	Avis d'experts
Reisner, S.	2015	Comprehensive Transgender Healthcare: The Gender Affirming Clinical and Public Health Model of Fenway Health	Avis d'experts
Ricca, P.	2018	Enhancing Cultural Sensitivity in a Community Health Care Setting for LGBTQ Patients	N'aborde pas la santé trans de façon distincte
Riggs, D.	2014	Healthcare experiences of gender diverse Australians: a mixed-methods, self-report survey	Ne porte pas sur l'organisation des soins et services
Roller, C.	2015	Navigating the System: How Transgender Individuals Engage in Health Care Services	Ne porte pas sur l'organisation des soins et services
Rosenkrantz, D.	2017	Health and Health Care of Rural Sexual and Gender Minorities: A Systematic Review	N'aborde pas la santé trans de façon distincte
Ross, K.	2017	A Culture-Centered Approach to Improving Healthy Trans-Patient-Practitioner Communication: Recommendations for Practitioners Communicating with Trans Individuals	Ne porte pas sur l'organisation des soins et services
Ruben, M.	2017	Advancing LGBT Healthcare Policies and Clinical Care within a Large Academic Healthcare System : A Case Study	Avis d'experts
Salisbury, M.	2015	An exploratory study examining needs, access, and	Ne distingue pas les services sociaux et

Première auteure	Année	Titre	Raison d'exclusion
		competent social services for the transgender community in Phoenix, Arizona	communautaires des services de santé physique et mentale
Selix, N.	2016	Provision of Patient-Centered Transgender Care	Recension des écrits non systématique
Shaikh, S.	2016	Empowering communities and strengthening systems to improve transgender health: outcomes from the Pehchan programme in India	Ne porte pas sur l'organisation des soins et services
Sherer, I.	2012	Child and Adolescent Gender Center: A Multidisciplinary Collaboration to Improve the Lives of Gender Nonconforming Children and Teens	Avis d'experts
Shipherd, J.	2016	Interdisciplinary Transgender Veteran Care: Development of a Core Curriculum for VHA Providers	Ne porte pas sur l'organisation des soins et services
Shires, D.	2015	Factors Associated with Health Care Discrimination Experiences among a National Sample of Female-to-Male Transgender Individuals	Ne porte pas sur l'organisation des soins et services
Skordis, N.	2018	ESPE and PES International Survey of Centers and Clinicians Delivering Specialist Care for Children and Adolescents with Gender Dysphoria	Ne porte pas sur l'organisation des soins et services
Sussman, T.	2018	Supporting Lesbian, Gay, Bisexual, & Transgender Inclusivity in Long-Term Care Homes: A Canadian Perspective	N'aborde pas la santé trans de façon distincte
Taylor, E.	2013	Transmen's Health Care Experiences: Ethical Social Work Practice Beyond the Binary	Ne porte pas sur l'organisation des soins et services
Tishelman, A.	2015	Serving Transgender Youth: Challenges, Dilemmas, and Clinical Examples	Ne porte pas sur l'organisation des soins et services
von Vogelsang, A.	2016	'Wouldn't it be easier if you continued to be a guy?' – a qualitative interview study of transsexual persons' experiences of encounters with healthcare professionals	Ne porte pas sur l'organisation des soins et services
Walker, J.	2017	Information Provision for Young People Referred to the Northern Gender Identity Development Service	Article complet non disponible (seulement accès à un résumé)
Ward, R.	2018	Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender Ageing: Approaches for Inclusive Care and Support	N'est pas une étude (Résumé d'un livre)
Watkins, J.	2015	Setting the Balance of Care for Sexually Diverse Seniors: The Social Exclusion of LGBT Seniors in Home and Community Care	N'aborde pas la santé trans de façon distincte
Wilson, D.	2014	Transgender issues in South Africa, with particular reference to the Groote Schuur Hospital Transgender Unit	Avis d'experts

Première auteure	Année	Titre	Raison d'exclusion
Wofford, N.	2017	Mental Health Service Delivery to Sexual Minority and Gender Non-Conforming Students in Schools: A Winnicottian Approach	N'aborde pas la santé trans de façon distincte
Wylie, K.	2016	Serving transgender people: Clinical care considerations and service delivery models in transgender health	Recension des écrits non systématique
Yehia, B.	2015	Advancing LGBT Health at an Academic Medical Center : A Case Study	N'aborde pas la santé trans de façon distincte
Ziegler, E.	2020	Exploring the implementation and delivery of primary care services for transgender individuals in Ontario: case study protocol.	N'est pas une étude; ne contient pas de résultats

Annexe XIII – Description des articles inclus

Tableau I – Études qualitatives

Année	Première auteure	Titre	Journal	Pays	Objectifs
2017	Blodgett, N.	Overcoming the barriers in transgender healthcare in rural Ontario: discourses of personal agency, resilience, and empowerment	International Social Science Journal	Canada (Ontario)	Définir les barrières d'accessibilité aux services de santé en contexte rural ontarien et explorer les pratiques à mettre en place pour améliorer les interactions entre les personnes trans et les professionnel·les de la santé.
2019	Carlile, A.	The experiences of transgender and non-binary children and young people and their parents in healthcare settings in England, UK: Interviews with members of a family support group	International Journal of Transgender Health	Angleterre	Comprendre l'expérience des enfants trans et non binaires et leurs parents dans le système de la santé de l'Angleterre par le biais d'entrevues avec les membres d'un groupe de soutien de pairs.
2018	Hinrichs, A.	Transgender and Gender Nonconforming Patient Experiences at a Family Medicine Clinic	Academic Medicine	États-Unis (Minnesota)	Explorer comment les soins de première ligne offerts aux personnes trans peuvent être améliorés. Des personnes trans suivies dans une clinique de médecine familiale au Minnesota (Smiley) ont participé à des groupes de discussion.
2019	Hudson, K.	(Un)doing Transmisogynist Stigma in Health Care Settings: Experiences of Ten Transgender Women of Color	Journal of Progressive Human Services	États-Unis (New York)	Comparer les expériences de femmes trans racisées ayant reçu des soins et services de santé dans des cliniques spécialisées pour les personnes LGBT avec celles dans des cliniques non spécialisées pour cette population à partir d'entrevues individuelles auprès de femmes trans racisées vivant à New York.
2017	Linander, I.	Negotiating the (bio)medical gaze - Experiences of trans-specific healthcare in	Social Science & Medicine	Suède	Analyser les expériences d'accès aux procédures médicales d'affirmation du genre des usager·ères trans en Suède par le biais d'entrevues individuelles avec des personnes trans.

Année	Première auteure	Titre	Journal	Pays	Objectifs
Sweden					
2018	Vermeir, E.	Barriers to primary and emergency healthcare for trans adults	Culture, Health & Sexuality	Canada (Nouvelle-Écosse)	Documenter les barrières d'accessibilité aux soins et services de santé d'urgence et de première ligne offerts aux adultes trans, en Nouvelle-Écosse, par le biais d'entrevues individuelles menées auprès d'adultes trans.
2016	Ross, K.	Exploring Healthcare Experiences of Transgender Individuals	Transgender Health	Canada (Ontario)	Explorer l'expérience de personnes trans rapportant avoir eu des parcours positifs dans le système de santé ontarien et l'expérience des personnes ayant contribué à rendre leur expérience de soins de santé positive. Des entrevues individuelles ont été menées auprès d'usager·ères trans, de professionnel·les de la santé et de proches de personnes trans.

Tableau I – Études quantitatives

Année	Première auteure	Titre	Journal	Pays	Objectifs
2015	Bauer, G.	Factors Impacting Transgender Patients' Discomfort with Their Family Physicians: A Respondent-Driven Sampling Survey	PLOS ONE	Canada (Ontario)	Identifier les facteurs associés à l'inconfort des usager·ères trans, en Ontario, à aborder avec leur médecin de famille des enjeux liés à la santé. L'étude s'appuie sur des données issues du Trans PULSE Project, un sondage réalisé auprès de personnes trans de 16 ans et plus.
2018	Brandelli Costa, A.	Healthcare Needs of and Access Barriers for Brazilian Transgender and Gender Diverse People	Journal of Immigrant and Minority Health	Brésil (Rio Grande do Sul et Sao Paulo)	Documenter les besoins en matière de services de santé publics des personnes trans et non binaires dans deux États du Brésil et les barrières d'accessibilité aux soins. Un sondage en ligne a été rempli par des personnes trans et non binaires vivant dans ces États.
2018	Clark, B.	Non-binary youth: Access to gender-affirming primary healthcare	International Journal of Transgenderism	Canada	Documenter les différences entre les jeunes trans binaires et les jeunes trans non binaires en matière d'accès aux soins de santé et d'utilisation des services de première ligne. Les données proviennent du Canadian Trans Youth Health Survey, répondu par des jeunes de 14 à 25 ans.
2019	Colvin, E.	Transgender clients at a youth mental health care clinic: Transcending barriers to access	Canadian Journal of Human Sexuality	Canada (Ontario)	Identifier les différences dans les parcours d'accès aux soins de santé mentale des jeunes cisgenres VS des jeunes trans et des jeunes non binaires au Youth Wellness Centre, en Ontario. Déterminer les meilleures façons de répondre aux besoins des jeunes non cisgenres en matière d'accès aux soins de santé mentale.
2017	Delahunt, J.	Specialist services for management of individuals identifying as transgender in New Zealand	New Zealand Medical Journal	Nouvelle-Zélande	Comprendre la disponibilité des services aux personnes trans et la variation dans les protocoles par le biais d'un questionnaire en ligne auquel ont répondu des médecins.
2018	Gahagan, J.	Improving pathways to primary health care among LGBTQ	International Journal for	Canada (Nouvelle-	Décrire les barrières d'accessibilité aux soins de santé de première ligne telles que rapportées par des personnes LGBTQ (de 16 ans et plus) et des

Année	Première auteure	Titre	Journal	Pays	Objectifs
		populations and health care providers: key findings from Nova Scotia, Canada	Equity in Health	Écosse)	professionnelles de la santé de première ligne, en Nouvelle-Écosse. L'étude s'appuie sur des données issues d'un sondage en ligne.
2018	Heard, J.	Gender dysphoria assessment and action for youth: Review of health care services and experiences of trans youth in Manitoba Experiences of Transgender Individuals	Paediatrics & Child Health	Canada (Manitoba)	Comprendre la démographie de la clientèle du programme Gender Dysphoria Assessment and Action for Youth, au Manitoba. Évaluer l'expérience des usager·ères du programme quant aux services de santé.

Tableau III – Études avec méthodes mixtes

Année	Première auteure	Titre	Journal	Pays	Objectifs
2019	Blosnich, J.	Utilisation of the Veterans Affairs' Transgender E-consultation Program by Health Care Providers: Mixed-methods study	JMIR Medical Informatics	États-Unis	Évaluer un programme de consultation électronique implanté aux États-Unis par le Department of Veterans Affairs pour outiller les médecins de première ligne qui traitent des personnes usagères trans et trouver des pistes de solution pour améliorer ce programme.
2018	Clark, B.	Primary care access and foregone care: a survey of transgender adolescents and young adults	Family Practice	Canada	Examiner les enjeux d'accessibilité des soins de santé de première ligne offerts aux jeunes trans (14 à 25 ans) au Canada et comprendre les raisons amenant des jeunes trans à arrêter leur parcours de soins.
2019	Inwards-Breland	Youth and Parent Experiences in a Multidisciplinary Gender Clinic	Transgender Health	États-Unis (Seattle)	Évaluer la satisfaction des jeunes trans et leurs parents d'une nouvelle clinique spécialisée dans le genre. Un sondage a été réalisé (méthodes quantitatives) et des entrevues ont été menées (méthodes qualitatives).
2019	Ziegler, E.	“Primary care is primary care”: Use of Normalization Process Theory to explore the implementation of primary care services for transgender individuals in Ontario	PLOS ONE	Canada (Ontario)	Comparer l'implantation de services de première ligne selon différents modèles de prestation de soins destinés aux personnes trans en Ontario, selon les perspectives de professionnel·les de la santé. Trois modèles de prestation de soins (rémunération à l'acte; équipe de santé familiale; centre de santé communautaire) ont été analysés à partir d'analyse de documents, d'entrevues semi-structurées, d'observation sur le « terrain » et de données tirées de sondages.

Tableau IV – Recension systématique

Année	Première auteure	Titre	Journal	Pays	Objectifs
2017	Aylagas-Crespillo, M.	Barriers in the social and healthcare assistance of transgender persons: a systematic review of qualitative studies	Enfermería Clínica	International	Recenser les études qualitatives portant sur les barrières d'accessibilité aux soins de santé et sociaux offerts aux personnes trans.
2018	Heng, A.	Transgender people's experiences and perspectives about general healthcare: a systematic review	International Journal of Transgenderism	International	Recenser les études abordant les expériences et les perspectives (opinions, croyances et perceptions) des personnes usagères trans sur les services et soins généraux de santé.

Annexe XIV – Évaluation de la qualité des études avec l'outil MMAT

Tableau I
Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT) version 2018 – Outil d'évaluation de la qualité méthodologique – Études qualitatives

Catégorie d'études	Critère de qualité méthodologique	Document						
		Blodgett et al. (2017)	Carlile (2019)	Hinrichs et al. (2018)	Hudson (2019)	Linander et al. (2017)	Ross et al. (2016)	Vermeir et al. (2018)
Questions préliminaires (triage)	P1. Est-ce que les questions de recherche sont claires?	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
	P2. Est-ce que les données collectées permettent de répondre aux questions de recherche?	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
<i>L'évaluation de la qualité méthodologique avec le MMAT ne peut pas être poursuivie si la réponse est « Non » ou « Ne sait pas » à l'une ou aux deux questions.</i>								
1. Études qualitatives	1.1. L'approche qualitative est-elle appropriée pour répondre à la question de recherche?	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
	1.2. Les méthodes de collecte de données qualitatives sont-elles adéquates pour répondre à la question de recherche?	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Oui
	1.3. Les résultats émanent-ils adéquatement des données?	Oui	Oui	Non	Non	Oui	Oui	Oui
	1.4. L'interprétation des résultats est-elle suffisamment étayée par les données?	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
	1.5. Y a-t-il une cohérence entre les sources, la collecte, l'analyse et l'interprétation des données qualitatives?	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Ne sait pas

Traduit de Hong et al. (13).

Tableau 2
Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT) version 2018 – Outil d'évaluation de la qualité méthodologique – Études quantitatives

Catégorie d'études	Critère de qualité méthodologique	Document						
		Bauer et al. (2015)	Brandelli Costa et al. (2018)	Clark et al. (2018)	Colvin et al. (2019)	Delahunt et al. (2016)	Gahagan et al. (2018)	Heard et al. (2018)
Questions préliminaires (triage)	P1. Est-ce que les questions de recherche sont claires?	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
	P2. Est-ce que les données collectées permettent de répondre aux questions de recherche?	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
<i>L'évaluation de la qualité méthodologique avec le MMAT ne peut pas être poursuivie si la réponse est « Non » ou « Ne sait pas » à l'une ou aux deux questions.</i>								
4. Études quantitatives descriptives	4.1. La stratégie d'échantillonnage est-elle pertinente pour répondre à la question de recherche?	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Ne sait pas	Oui
	4.2. L'échantillon est-il représentatif de la population cible?	Oui	Oui	Ne sait pas	Ne sait pas	Non	Ne sait pas	Oui
	4.3. Les mesures sont-elles appropriées?	Oui	Oui	Oui	Oui	Ne sait pas	Oui	Oui
	4.4. Le risque de biais de non-réponse est-il faible?	Oui	Ne sait pas	Ne sait pas	Non	Ne sait pas	Ne sait pas	Ne sait pas
	4.5. L'analyse statistique est-elle appropriée pour répondre à la question de recherche?	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	Oui

Traduit de Hong et al. (13).

Tableau 3

Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT) version 2018 – Outil d'évaluation de la qualité méthodologique – Études avec méthodes mixtes

Catégorie d'études	Critère de qualité méthodologique	Document			
		Blosnich <i>et al.</i> (2019)	Clark <i>et al.</i> (2018)	Inwards-Breland <i>et al.</i> (2018)	Ziegler <i>et al.</i> (2019)
Questions préliminaires (triage)	P1. Est-ce que les questions de recherche sont claires?	Oui	Oui	Oui	Oui
	P2. Est-ce que les données collectées permettent de répondre aux questions de recherche?	Oui	Oui	Oui	Oui
	<i>L'évaluation de la qualité méthodologique avec le MMAT ne peut pas être poursuivie si la réponse est « Non » ou « Ne sait pas » à l'une ou aux deux questions.</i>				
5. Études utilisant les méthodes mixtes	5.1. La justification de l'utilisation des méthodes mixtes pour répondre à la question de recherche est-elle adéquate?	Non	Oui	Ne sait pas	Non
	5.2. L'intégration des diverses composantes de l'étude a-t-elle été effectuée de manière à répondre à la question de recherche?	Non	Oui	Non	Oui
	5.3. La résultante (<i>outputs</i>) de l'intégration des composantes quantitatives et qualitatives est-elle adéquatement interprétée?	Non	Oui	Oui	Oui
	5.4. Les divergences et les contradictions entre les résultats quantitatifs et qualitatifs sont-elles abordées de façon adéquate?	Oui	Oui	Oui	Oui
	5.5. Les différentes composantes de l'étude adhèrent-elles aux critères de qualité des traditions méthodologiques concernées?	Oui	Oui	Oui	Oui

Traduit de Hong *et al.* (13).

Annexe XV – Évaluation de la qualité des revues systématiques avec l’outil AMSTAR 2

#	Question	Aylagas-Crespillo <i>et al.</i> 2017 (38)	Heng <i>et al.</i> 2018 (39)
1	Les questions de recherche et les critères d’inclusion de la revue comprenaient-ils les éléments de PICO?	Oui	Oui
2	Le rapport de la revue contenait-il un énoncé explicite selon lequel les méthodes de la revue ont été établies avant sa réalisation, et le rapport justifiait-il tout écart important par rapport au protocole?	Non	Oui partiel
3	Les choix de types d’étude inclus dans la revue ont-ils été expliqués?	Oui	Oui
4	La stratégie de recherche de littérature était-elle exhaustive?	Oui partiel	Oui partiel
5	La sélection des études a-t-elle été réalisée en double?	Oui	Oui
6	L’extraction des données a-t-elle été réalisée en double?	Oui	Non
7	Une liste des études exclues et une justification de leur exclusion ont-elles été fournies?	Non	Non
8	Les études incluses ont-elles été décrites en détail?	Oui	Oui partiel
9	Le risque de biais des études individuelles incluses dans la revue a-t-il été évalué?	Oui	Oui partiel
10	Les sources de financement des études incluses sont-elles mentionnées?	Non	Non
11	Si une méta-analyse a été effectuée, les méthodes utilisées pour réaliser une combinaison statistique des résultats sont-elles appropriées?	N/A	N/A
12	Si une méta-analyse a été effectuée, les effets potentiels du risque de biais des études individuelles sur les résultats de la méta-analyse ou d’autres synthèses des données probantes ont-ils été évalués?	N/A	N/A
13	Les auteur-trices de la revue ont-ils-elles tenu compte du risque de biais dans les études primaires au moment d’interpréter ou de discuter des résultats de la revue?	Non	Non
14	L’hétérogénéité observée dans les résultats de la revue a-t-elle été expliquée et analysée de façon satisfaisante?	Non	Oui
15	S’ils-elles ont réalisé une synthèse quantitative, les auteur-trices de la revue ont-ils-elles effectué un examen adéquat du biais de publication et abordé ses effets probables sur les résultats de la revue?	N/A	N/A
16	Les auteur-trices de la revue ont-ils-elles déclaré toutes les sources potentielles de conflits d’intérêts, y compris le financement reçu pour réaliser la revue?	Oui	Oui

Annexe XVI – Évaluation de la qualité des Standards de soins de la WPATH 2022, version 8 – Outil méthodologique AGREE II

	WPATH, version 8 (Coleman et al., 2022)			
Item	Évaluation 1 (EPR)		Évaluation 2 (MPB)	
	Valeur	Commentaire	Valeur	Commentaire
DOMAINE 1 : CHAMP ET OBJECTIF				
1. Le ou les objectifs de la RPC sont décrits explicitement.	7		7	
2. La ou les questions de santé couvertes par la RPC sont décrites explicitement.	7		7	«A separate detailed systematic review protocol was developed for each review question or topic, as appropriate. Each protocol was registered on PROSPERO.» Les thèmes sont clairs, mais on doit remonter au registre sur PROSPERO pour retrouver certaines informations plus précises et les identifiants PROSPERO.
3. La population (patients, public, etc.) à laquelle la RPC doit s'appliquer est décrite explicitement.	7		7	
Score du domaine	100%			
DOMAINE 2 : PARTICIPATION DES GROUPES CONCERNÉS				
4. Le groupe ayant élaboré la RPC inclut des représentants de tous les groupes professionnels concernés.	7		7	
5. Les opinions et les préférences de la population cible (patients, public, etc.) ont été identifiées	5	L'implication des personnes trans et non binaires pour les recommandations n'est pas clairement décrite. Il est indiqué que des "stakeholders" ont fait partie du comité formulant les recommandations. Dans l'annexe, il est indiqué que les stakeholders incluaient des personnes des communautés trans et non binaires et leurs proches. Il aurait été pertinent de mieux préciser leur implication.	5	Mention que les groupes (patient.e.s) ont été consultés pour leurs préférences, mais très de détails disponibles sur la méthodologie et les aspects traités. Le guide a été ouvert au grand public pour des commentaires avant la révision finale.
6. Les utilisateurs cibles de la RPC sont clairement définis.	7		7	
Score du domaine	89%			

DOMAINE 3 : RIGUEUR D'ÉLABORATION DE LA RECOMMANDATION			
7. Des méthodes systématiques ont été utilisées pour rechercher les preuves scientifiques.	Peu de détails sur les stratégies de recherche documentaire (il n'y a pas les dates d'inclusion ni les mots-clés). La stratégie complète n'est pas mise en annexe. Il ne serait pas possible pour une autre personne de répliquer cette stratégie de recherche en lisant le document.	5	Entre autres, chaque thème ou question a fait l'objet d'une revue systématique détaillée (description disponible sur PROSPERO) et la méthodologie est rigoureuse (voir l'annexe A), mais les identifiants PROSPERO ne sont pas fournis et les résultats des collectes non plus. On présente uniquement les recommandations avec une description narrative des publications jugées pertinentes.
8. Les critères de sélection des preuves sont clairement décrits.	Les critères d'inclusion sont seulement clairement décrits pour le chapitre 3, mais pas pour les autres chapitres. Dans le document et dans l'annexe, les raisons d'exclusion ne sont pas nommées.	4	Avec l'étendue des thèmes ou questions, la méthodologie générale est présentée. Nous n'avons pas les critères pour chaque thème. Toutefois, on peut retrouver une partie des informations sur PROSPERO, ce qui est long et fastidieux.
9. Les forces et les limites des preuves scientifiques sont clairement définies.	Plusieurs des critères ne sont pas remplis (dont les limites méthodologiques des articles et l'applicabilité de ceux-ci dans la pratique). Il est indiqué que les risques de biais ont été évalués, mais il y a peu de détails sur l'évaluation et ses résultats.	4	La méthodologie décrite est rigoureuse et comprend l'évaluation des risques de biais et le niveau de preuve. Toutefois, les résultats des revues sont présentés de manière narrative et sommaire: absence ou peu de détails sur les forces et les limites des études individuelles ainsi que sur le niveau de preuve.
10. Les méthodes utilisées pour formuler les recommandations sont clairement décrites.		7	
11. Les bénéfices, les effets secondaires et les risques en termes de santé ont été pris en considération dans la formulation des recommandations.	Les bénéfices et les risques sont abordés dans la majorité des recommandations, mais sont peu détaillés dans certaines d'entre elles.	7	Règle générale, les risques sont abordés, quoique de manière sommaire.
12. Il y a un lien explicite entre les recommandations et les preuves scientifiques sur lesquelles elles reposent.		6	
13. La RPC a été revue par des experts externes avant sa publication.	Des expert-es indépendant-es ont été impliqué-es dans plusieurs des étapes avant la publication. Il y a peu de détails sur les méthodes utilisées par ces expert-es pour faire leur révision.	6	Ouvert au public pour commentaires et une révision externe des références utilisées pour chaque chapitre a été réalisée par un groupe d'experts cliniques travaillant dans le domaine de la santé transgenre. La description est peu détaillée par contre (par ex. on ignore le nombre pour le groupe d'experts et les affiliations).
14. Une procédure d'actualisation de la RPC est décrite.	Il y a une déclaration à ce sujet, mais aucun détail sur les dates envisagées ni les méthodes qui seront utilisées ni sur le comité. Voici ce qui est indiqué: "A new edition of the SOC (SOC-9) will be developed in the future, when new evidence and/or significant changes in the field necessitating a new edition is substantial".	2	Uniquement mention du plan pour une mise à jour éventuelle.
Score du domaine		65%	
DOMAINE 4 : CLARTÉ ET PRÉSENTATION			
15. Les recommandations sont précises et sans ambiguïté.	Certaines recommandations sont vagues (par ex., pas de précisions sur les lettres de recommandation, pas de position claire sur la prise en charge de l'hormonothérapie par les médecins de 1 ^{re} ligne; pas d'indication de temps recommandé dans certaines recommandations comme celle-ci: "Only recommend gender-affirming medical treatment requested by a transgender person when the experience of gender incongruence is marked and sustained."	4	Bien qu'elles soient bien souvent assez générales et donc peu spécifiques, elles sont cohérentes avec la portée recherchée (<i>lignes directrices flexibles pour rencontrer globalement les besoins en soins des personnes transgenres et de la diversité de genre</i>). Séparé en 18 chapitres par thèmes qui ont tous fait l'objet du processus de recommandations.
16. Les différentes options de prise en charge de l'état ou du problème de santé sont clairement présentées.		7	
17. Les recommandations clés sont facilement identifiables.		7	
Score du domaine (%)		92%	

DOMAINE 5 : APPLICABILITÉ			
18. La RPC décrit les éléments facilitant son application et les obstacles.	4	On trouve peu d'informations par rapport à ce point.	Règle générale, les opportunités (éléments facilitant) et les barrières sont rapportées dans les textes justificatifs sous les 6 recommandations
19. La RPC offre des conseils et/ou des outils sur les façons de mettre les recommandations en pratique.	5	Il y a des conseils donnés par rapport à l'implantation de certaines recommandations, mais il n'y a pas de section spécifique pour la mise en pratique des recommandations ni d'outils ou de liens vers des outils pour faciliter leur implantation.	La publication se veut offrir des lignes directrices flexibles pour rencontrer globalement les besoins. Les suggestions sont donc cohérentes avec cet objectif et donc les conseils offerts sont bien souvent peu spécifiques.
20. Les répercussions potentielles de l'application des recommandations sur les ressources ont été examinées.	1	Cet aspect n'est pas considéré dans le document (ni les coûts associés à certains traitements ou services, ni les ressources humaines, ni le budget des institutions)	Plutôt implicite, les recommandations sont basées sur l'expérience clinique et les données probantes disponibles pour favoriser le bien-être et la santé des groupes visés.
21. La RPC propose des critères de suivi et/ou de vérification.	6		Lorsqu'applicable, les critères de décision, de diagnostic ou autres sont fournis
Score du domaine (%)			60%
DOMAINE 6. INDÉPENDANCE ÉDITORIALE			
22. Le point de vue des organismes de financement n'ont pas influencé le contenu de la RPC.	7		7
23. Les intérêts divergents des membres du groupe ayant élaboré la RPC ont été pris en charge et documentés.	7		7
Score du domaine (%)			100%
(Version française : https://www.agreetrust.org/wp-content/uploads/2013/06/AGREE_II_French.pdf)			

Annexe XVII – Citations originales

Section	Traduction libre	Citation originale
3.3.2.1	Elle a commencé son parcours depuis un bon moment déjà, et il y a tellement de délais. Elle doit encore attendre avant d'avoir des consultations en santé mentale parce que le personnel est trop débordé. Et on doit passer toutes ces étapes avant de commencer quoi que ce soit. Je pense qu'il y a tant d'obstacles que c'est frustrant pour elle qui veut désespérément commencer l'hormonothérapie depuis longtemps. Et je ne sais pas à qui la référer.	She's been going through this journey for a while now, and there's just all these delays. And then delaying getting into the mental health visits because they're so busy, (and you have to have all these things before you can start anything), and I think it's just continued setbacks and frustrations because she desperately wanted to start hormones a long time ago. And I didn't know anyone to take her to.
3.3.4	Toutes ces idées démontrent que les professionnelles de la santé doivent intégrer les voix des usager·ères et de leur famille dans leur recherche et leur pratique. Elles doivent les reconnaître en tant que partenaires dans un traitement ou un plan de soutien réussi, au besoin, et en tant qu'expertes, du moins concernant leur propre vie.	All of these ideas point towards a need for health care providers to take pragmatic steps to weave the voices of their patients and their patients' families into their research and their practice; to recognize them as partners in a successful treatment or support plan, where needed; and as experts, at least on their own lives.
3.3.5	Elles savent à peu près ce que je veux. Je n'ai pas à dire : « Je suis trans. J'ai besoin d'hormones et de chirurgies. » Avec d'autres médecins, je dois répéter ou recommencer du début pour qu'elles comprennent.	They know more or less what I want. I don't have to go through, "You know, I'm transgender. I need hormones, surgery." The other doctors, I have to repeat or start over to make them understand.
	Quand j'essayais de m'inscrire pour obtenir une chirurgie au haut du corps, on m'a souvent dit que je devrais plutôt simplement aller au CAMH. Mais je travaille à temps plein... En plus, j'aurais eu à faire plusieurs allers-retours pour me rendre aux rendez-vous... Ça n'a pas de sens, surtout que la législation en vigueur stipule que les médecins de première ligne devraient fournir ces services.	When I was trying to apply for my top surgery, I was often told to just go to CAMH. I mean I work full time... Not to mention I'd have to go back and forth for multiple appointments... It doesn't make sense, especially with the fact that there is legislation in place now telling primary care doctors that they should provide these services.

C'est assez facile d'intégrer des soins de santé trans en première ligne, je crois... parce que la transition médicale est assez simple.

It's pretty straight forward to integrate primary care and transgender care, I think, because... the medicine is pretty straight forward. It's not really that difficult.

Les aspects médicaux de ces soins ne sont pas tellement compliqués. Ils ne sont pas à l'extérieur du champ de pratique d'un-e médecin de famille.

The medical aspects of care are not all that complicated. They're not outside the scope of practice of a family practitioner.

3.3.6.1 Lorsque j'ai commencé ma transition, j'ai rencontré quelques amies qui sont devenues des mentors pour moi. Elles avaient amorcé leur transition depuis un bon moment. En fait, elles vivaient complètement en tant que femmes depuis quelque temps et elles m'ont donné plusieurs conseils.

When I started out I met a couple of friends who became mentors to me. And they were already fairly along in their transition, they were actually living full time as female. And had been for some time and they had all kinds of advice for me.

J'avais un parent qui me soutenait beaucoup et qui était prêt à leur parler et faire des recherches avec moi, me reconduire aux rendez-vous, payer pour les médicaments, et m'accompagner dans tout ça. Si je ne l'avais pas eu, je ne sais même pas où je serais maintenant.

I had a parent who was very supportive and who was willing to talk to them and do research with me, drive me to appointments, pay for meds, and go through all these things with me. If I hadn't had that, God I don't even know where I would be.

Je suis fluide dans le genre. Bien que j'aie pensé à l'hormonothérapie, mon père ne l'aurait jamais permise.

I'm genderfluid. Although I've considered [hormone therapy], my dad would never allow it.

3.3.6.2 Pour les jeunes personnes trans, le soutien de la famille est d'une importance capitale pour l'acceptation, l'aide, le soutien et l'amitié. Toutes doivent être unies et bien informées.

Family support is of paramount importance to the young trans person for acceptance, help, support, and friendship. All need to be united and well-informed.

3.3.6.3 Je ne crois pas que ma formation était très bonne dans ce domaine (soins aux personnes trans). Je pense qu'il y avait un cours optionnel que j'ai suivi à la maîtrise et que le manuel du cours portait sur « les soins respectueux envers les gais et lesbiennes », et c'est

I don't think that my training was very good in this area (transgender care). I think that there was one course that was an optional course that I took in my master's program and the textbook was "compassionate treatment of gays and lesbians" and nothing else. There

	tout. Il n'y avait aucune sensibilisation à la réalité trans dans ma formation scolaire.	was no specific trans awareness in my formal education.
	Rainbow Health Ontario offre une téléconférence hebdomadaire à laquelle les professionnel·les de la santé peuvent participer et poser des questions spécifiques ou générales, ou s'informer auprès du groupe et apprendre ce qui se passe dans la communauté en général. C'est une autre excellente ressource.	Rainbow Health Ontario has a weekly teleconference in which providers can participate and ask questions... specific questions or general questions or reach out to the group for information or just hear what's going on in the community in general. So, it's another really excellent resource.
3.3.7	J'habite dans une ville de 15 000 habitantes... Tout le monde se connaît. J'hésite beaucoup [à dire que je suis trans] parce que je pourrais connaître l'infirmière. Je pourrais avoir rencontré cette personne des années auparavant et devoir me présenter de nouveau. Je redoute ça chaque fois parce que je sais que, tôt au tard, les gens seront mis au courant. ... Il m'est arrivé plus d'une fois que mon identité de genre soit divulguée à la suite d'une visite dans un hôpital ou une clinique (homme trans-masculin, âgé entre 25 et 33 ans).	I live in a town of 15,000 people. Everyone knows everyone. ... I'm really reluctant [to disclose that I'm trans] because I might know the nurse. I might have experiences with them from years prior and now I have to reintroduce myself. I just dread that every time because, I know that sooner or later, that information is going to get out there. ... I've been outed on more than one occasion because I went into a hospital or clinic space. (Noah, trans-masculine guy, age 25–33).
	Certaines professionnel·les de la santé en milieu rural n'étaient pas en mesure de suivre les recommandations parce que les ressources nécessaires n'étaient pas disponibles dans leur région, et que le programme de téléconsultation ne leur permettait pas d'accéder à ces ressources.	Some providers at rural facilities could not follow recommendations because they lacked the necessary local resources, and the e-consult did not help them access the required resources.
3.3.8	J'ai pu continuer à consulter ma médecin concernant mes problèmes de santé généraux très facilement... mais elle n'était pas à l'aise de prendre en charge mon hormonothérapie. Cette étude montre que certaines professionnel·les de la santé en milieu rural en Ontario refusent d'offrir des	I was able to continue seeing [my HCP] with any of my normal issues with absolutely no problem... But she was not very comfortable with the idea of maintaining my hormone replacement through her. This study demonstrates that some HCPs in rural Ontario still deny services to trans-patients, despite the fact that

services aux usager·ères trans, et ce, malgré l'annonce récente du ministère de la Santé et des Soins de longue durée indiquant que les professionnel·les de la santé doivent fournir les soins aux personnes trans (MSSLD, 2016). Ceci reflète l'attitude « ce n'est pas dans mon département » (ou c'est « en dehors de mes compétences ») qui mine les soins de santé trans. L'étude met aussi en lumière les discours dominants et les pratiques cliniques qui sont contraires aux politiques canadiennes en matière d'équité dans les soins de santé (MSSLD, 2016).

the Ministry of Health and Long Term Care (MOHLTC 2016) recently announced that HCPs throughout Ontario should provide care to transgender individuals. This reflects the “not my department” (or “out of my scope”) thinking that often plagues transgender healthcare, and sheds light on the dominant discourses and clinical practices that are antithetical to policies regarding healthcare equity in Canada (MOHLTC 2016).

C'était très important pour moi parce que j'avais le profond sentiment que mon corps n'allait pas dans la bonne direction et que, si je ne faisais rien, les choses allaient empirer.

It was very important for me, because I strongly felt that my body was going the wrong way and if I do not do anything about it, it will just keep getting worse and worse.

Nous avons tendance à nous rencontrer entre filles semblables et à partager des informations sur les ressources. Si quelqu'un connaît un·e médecin qui prescrit des hormones par exemple, ce·tte médecin deviendra très en demande! Parce que tout le monde ira le·la voir.

We tend to get together with other girls like us and share information about resources. Somebody will know of a doctor who will prescribe hormones for instance, that person will then become very busy! Because everybody will go there.

Mais la seule chose qui a été un peu frustrante est qu'on est venu pour obtenir des hormones, et je savais qu'on n'allait pas les recevoir à la première visite, mais je ne m'attendais pas à ce que ça prenne des mois de rendez-vous avant d'y arriver. Et c'est frustrant parce que le personnel est tellement occupé qu'on ne peut passer cette étape du processus plus rapidement.

But the only thing that has been a bit of a source of frustration only is that we came there wanting hormones, and I know we weren't going to get them the first visit, but not really understanding that it was going to take months of getting these appointments done before we could get there. And it's been frustrating because they're so booked up and we can't get through the process for that piece sooner.

- Drew, personne blanche transmasculine de 20 ans

- Drew, White 20-year-old transmasculine youth

J'attends depuis plus d'un an de voir une psychologue pour commencer l'hormonothérapie. C'est stressant et frustrant.

I have been waiting over a year to see a psychologist to start hormone therapy. It's been stressful and frustrating.

Je suis une personne trans avec des antécédents médicaux complexes, et il n'y a pas d'études sur toutes les interactions. Donc, la réponse est souvent « Je ne sais pas », et ça rend les visites plus longues.

As a trans person with a complex medical history, there's just not research on how all these things interact. And so, a lot of times the question is I don't know, and that takes a little bit longer in a visit.

Selon mon expérience, le système semble davantage conçu pour bloquer l'accès aux gens que pour les aider. Lorsque j'obtiendrai l'approbation pour la chirurgie dont j'ai besoin, il sera peut-être trop tard. J'ai peur de m'enlever la vie avant d'obtenir la chirurgie parce que c'est un parcours tellement pénible et inutilement difficile. Je veux seulement vivre.

In my own experience the system seems more like it's designed to gate keep people than it is to help them. By the time I get cleared to have the surgery I need, it may be too late. I'm afraid that I'll take my life before I can get the surgery to help me, because it's such an arduous and unnecessarily difficult path. I just want to live.

Annexe XVIII – Résumé des informations sur les cliniques spécialisées issues de la recension des écrits

Donnée probante : source	Revue systématique : article scientifique	Autre précision
(20,22,24,25,36,37)	Avantages des cliniques spécialisées en santé trans : Elles sont considérées comme des lieux inclusifs et sécuritaires pour les personnes issues de la diversité de genre, où elles ne vivent pas de microagressions et reçoivent des services adaptés à leurs besoins. Les professionnelles de la santé qui y travaillent auraient des connaissances plus approfondies sur les soins transaffirmatifs que les personnes travaillant en première ligne. Désavantages : Les cliniques spécialisées se trouvent majoritairement dans des centres urbains ou de grandes villes, ce qui accentue les enjeux d'accessibilité pour les personnes vivant en milieu rural. Les délais d'attente pour accéder à l'hormothérapie dans les cliniques spécialisées sont considérés comme très longs.	Certaines participantes à ces recherches (comprenant des personnes trans et des professionnelles de la santé) ont spécifié qu'elles préféreraient que toutes les professionnelles de la première ligne soit outillées pour répondre à leurs besoins, ce qui rendrait les services plus accessibles.

Donnée probante : source	Revue systématique : article scientifique	Autre précision
(21,23)	Avantages : Les cliniques spécialisées fourniraient un soutien adéquat aux parents de personnes mineures trans ou non binaires. Désavantages : L'organisation des services privilégiant les cliniques spécialisées entraînerait certains problèmes pour les personnes trans, dont des coûts de transport et des délais. De plus, elles déresponsabiliseraient les professionnelles de la santé des services de première ligne dans des cliniques et des hôpitaux non spécialisés.	Des médecins de famille interviewés dans ces recherches ont indiqué qu'il serait relativement assez facile d'intégrer des soins de santé trans dans les soins et les services en première ligne et que les aspects médicaux de ces soins ne sont pas à l'extérieur du champ de pratique d'un.e médecin de famille. Précision liée aux besoins particuliers : Les services ultraspecialisés ne semblent pas propices à la multidisciplinarité en cas de manque de connaissances

Donnée probante : source	Revue systématique : article scientifique	Autre précision
	Autres désavantages liés aux besoins particuliers : Les enfants trans et non binares ayant des besoins non liés à la transition, par exemple ayant un trouble du spectre de l'autisme (TSA), auraient de la difficulté à obtenir des services adéquats au sein des cliniques spécialisées en santé trans. Pour les personnes LGBT, certains enjeux de santé de première ligne, non liés au genre et à la transition, étaient moins bien connus des médecins dans les cliniques spécialisées.	des particularités d'un individu.

Abréviation : lesbiennes, gaies, bisexuelles et transgenres (LGBT)

Annexe XIX – Résumé des informations sur les cliniques spécialisées issues des données contextuelles

Donnée probante : source	Donnée contextuelle	Autre précision
Groupes de discussion et entretiens semi- dirigés	Désavantages : Selon certains entretiens, les cliniques spécialisées ne sont pas une option en raison de leur délai d'attente très long. Certaines cliniques spécialisées n'auraient plus la capacité d'accepter de nouveauxelles patientes.	D'autres propos révèlent un avis qui n'est pas tranché sur cette question, mais qui se traduit par le besoin d'inclure plus d'intervenantes et de professionnelles de la santé dans l'organisation des soins et des services pour les personnes trans et non binaires, ainsi que de travailler en réseau ou en partenariat, peu importe la forme organisationnelle préconisée ou avantagée.

Annexe XX – Résumé des besoins des types de clientèles

Les gestionnaires interrogées en lien avec la clientèle des aînées perçoivent des besoins davantage en ce qui concerne leurs employées que leurs usageres. Toutefois, comme il s'agit d'une problématique émergente et qui est souvent taboue, ces gestionnaires émettent l'hypothèse que le fait d'en parler davantage dans les différents milieux amènera peut-être certaines usageres à exprimer leurs besoins en lien avec leur identité de genre :

Le fait d'en parler beaucoup dans la communauté va peut-être amener des gens à s'ouvrir davantage sur ce malaise qu'ils ont eu toute leur vie et c'est là que les ACP (assistantes à la coordination professionnelle) devraient aussi avoir des connaissances pour outiller les intervenantes de terrain, puisque c'est une thématique plus taboue, on se met à en parler et une personne de tout âge va parler de ses propres réalités. [...] Ma crainte, c'est que, comme ce n'est pas une thématique que l'on va aborder régulièrement, j'ai peur que cette information soit dissoute à un moment donné, parce que ce n'est pas une thématique quotidienne que l'on aborde (gestionnaire).

En résumé, ce n'est pas une problématique prioritaire en ce moment dans leur milieu, mais l'idée qu'il y ait des personnes de référence vers lesquelles se tourner en cas de besoin est une avenue qui est intéressante pour elles dans cette situation.

Enfin, en ce qui concerne les compétences et les connaissances pour évaluer les besoins de leur milieu, l'affirmation qui suit confirme un certain niveau de complexité et des connaissances à mettre à jour, tant pour les aînées que pour les clientèles plus spécifiques, atteintes du trouble du spectre de l'autisme ou de déficience, par exemple :

En CHSLD, les gens sont avancés dans une démence ou autre. Est-ce qu'ils se souviennent encore de leur vécu par rapport à ça? 80 % ont des troubles neurologiques et, le 20 % plus jeunes, ils ne vivent pas très vieux non plus. On va être appelé à vivre ça, mais pas prioritaire en ce moment (gestionnaire).

En déficience, on avait rarement ces situations, mais c'était toujours des situations complexes compte tenu que nos gens [employées], au niveau de leurs aptitudes et de leur compréhension, ont tendance à diminuer leur [usageres] propos et à dire bon il/elle ne comprend pas, [...] très peu pris au sérieux. [Pourtant] pour les TSA [personnes atteintes du trouble du spectre de l'autisme], la non-binarité, c'est quelque chose que cette clientèle va souvent mettre de l'avant. Donc, on regarde à comment bien les accompagner. On sous-estime leur capacité [...] Certaines intervenantes vont dire [...] qu'elles se cherchent et sous-estiment au lieu d'accueillir de manière égalitaire ce besoin-là et d'accompagner dans cette exploration-là. On va vite rejeter parce qu'on manque de connaissances (gestionnaire).

La dernière affirmation est en lien avec l'ensemble des propos recueillis en ce qui concerne le lien entre le manque de connaissances des différents membres de la communauté interne du CIUSSS de l'Estrie – CHUS et le manque d'accessibilité à des soins et à des services.

Annexe XXI – Propos recueillis sur l’arrimage entre les différentes initiatives de formations

Voici des extraits d’entretiens qui abordaient la question de l’arrimage entre les différentes initiatives de formations et qui n’ont pas été inclus dans le rapport afin d’alléger le texte :

Il faut approfondir les corps professoraux, les partenariats avec les universités dans les cursus d’enseignement. Ce type de partenariat sera important parce que, dans le fond, ça va faire partie de la réalité de l’ensemble des professionnelles qui vont faire partie du réseau de la santé (gestionnaire).

Ce serait intéressant que les choses se fassent un peu en parallèle, surtout que nos étudiantes en médecine sont très sensibles à la question, il serait intéressant d’impliquer la Faculté de médecine. [...] Je dis « médecine », mais ça devrait être toutes les sciences de la santé, et le bureau de développement éthique pourrait être un partenaire aussi parce qu’il représente toutes les sciences de la santé, y compris la recherche d’ailleurs. Ça concerne aussi la recherche d’être inclusif (membre de la communauté interne impliquée).

Annexe XXII – Propos recueillis sur la prise en charge de l'hormonothérapie

Voici des extraits d'entretiens portant sur la prise en charge de l'hormonothérapie par la première ligne. Ces extraits n'ont pas été intégrés dans le rapport par souci de synthèse :

J'ai déjà entendu : « Ce n'est pas plus dur que de prescrire des hormones en ménopause. » [...] Prescrire des hormones en ménopause quand tu es dans ta zone de confort, c'est quand même une responsabilité et en plus ça ne fait même pas des conséquences permanentes sur la personne [...]. C'est quand même [la] signature [des médecins] qui est sur le petit papier, ça représente beaucoup. [...] Il faut avoir la délicatesse dans l'approche à la première ligne de considérer ces éléments-là (professionnelle de la santé, incluant les médecins de famille).

Il faut aussi que les médecins de famille cessent de toujours référer en endocrinologie et de toujours référer à un-e psychiatre [...]. Il y a encore une grande méconnaissance du fait que certaines disent : « Moi, je ne peux pas faire ça », « Je ne suis pas formée ». Est-ce que tu sais toutes les ressources qui existent? [...] Le but, ce n'est pas de donner des hormones à toutes, mais dans la majorité des cas, les médecins de famille sont capables de le faire (membre des organismes communautaires).

L'hormonothérapie, ils-elles [les médecins de famille] sont déjà capables de la prescrire. [...] pour des populations pour qui parfois l'endocrinologie ou l'hormonothérapie a des effets salvateurs. Par exemple, il y a des gens qui ne se sont pas suicidés (membre des organismes communautaires).

Annexe XXIII – Exemple de partenariat entre la DPJe et un organisme communautaire

Les partenariats avec la DPJe sont en cours de développement. À ce sujet, une membre des organismes communautaires souligne que la relation s'est tranquillement bâtie entre leur organisme et certaines membres de la communauté interne œuvrant au sein de cette direction à force d'avoir de plus en plus de cas de personnes mineures hébergées, ce qui est également souligné par certaines gestionnaires.

Une membre des organismes communautaires a décrit ainsi l'évolution du partenariat entre l'organisme et la DPJe :

On n'arrivait jamais à recevoir une réponse. Nous n'étions pas pris au sérieux et, à un moment donné, c'est le contraire qui s'est passé. Il y a une intervenante qui nous a contactées parce qu'il y avait un jeune qui avait reçu nos services et là, maintenant, ça va beaucoup mieux. [...] C'est pour ça que, parfois, c'est difficile parce que les gens n'ont pas entendu parler de nous et ça fait en sorte que l'on n'est pas capables de collaborer autant avec certaines actrices que ce que l'on aimerait. [...] Mais là, ça va bien, si on a un problème, on sait qui appeler. [...] On ressent que les enjeux sont bien compris et pris au sérieux quand on appelle pour faire un signalement, c'est déjà très positif (membre des organismes communautaires).

Annexe XXIV – Précisions de l'organisme communautaire TransEstrie pour la recommandation associée 10.2

L'organisme TransEstrie a rédigé le texte suivant en lien avec la recommandation associée 10.2 :

La personne paire aidante est bénévole pour l'organisme. Le partage de son vécu et de son histoire de transition, qu'elle soit sociale, légale ou médicale, ou au sens plus large, le partage des défis auquel elle a fait face en tant que personne trans, non binaire ou en questionnement (TNBQ) et la résilience qu'elle a développée, a pour but de redonner de l'espoir, de servir de modèle d'identification, d'offrir de l'inspiration, du soutien et de l'information à des personnes TNBQ qui vivent des situations similaires (48).

La formation des paires aidantes comporte deux volets : un volet informatif sur les droits des personnes trans, non binaires ou en questionnement (TNBQ) et la disponibilité des ressources en Estrie. Le second volet porte sur l'écoute active ancrée dans une approche anti-oppressive, l'intervention, les droits et les responsabilités en tant que paires aidantes. De plus, il sera crucial de s'assurer que les paires aidantes comprennent les limites de leur rôle et sachent référer les individus dont la détresse dépasse le cadre de leurs compétences. La transition en milieu collégial, universitaire et de travail, les changements légaux, les microagressions, de même que la multitude d'interrogations que peuvent avoir des personnes en questionnement ou en début de transition sur des sujets tels que le dévoilement de son identité de genre, l'identité queer, l'orientation sexuelle, les étiquettes et les pronoms, sont des sujets également abordés.

8. BIBLIOGRAPHIE

1. Office de la langue française québécoise (OLFQ). Qu'est-ce qu'un doublet abrégé? [Internet]. Féminisation et rédaction épïcène, Doublets abrégés. 2018 [cité 24 mars 2022]. Disponible sur: http://bdl.oqlf.gouv.qc.ca/bdl/gabarit_bdl.asp?t1=1&id=5343
2. Pullen Sansfaçon A, Medico D. Jeunes trans et non binaires: De l'accompagnement à l'affirmation. Montréal, Québec.: Les éditions du remue-ménage; 2021. 384 p.
3. Sherbourne Health, Rainbow Health Ontario. Trans Primary Care: My guide to caring for trans and gender-diverse patients [Internet]. Trans Primary Care. 2020 [cité 24 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.rainbowhealthontario.ca/TransHealthGuide/>
4. Coalition d'aide à la diversité sexuelle de l'Abitibi-Témiscamingue. Pourquoi l'écriture inclusive a-t-elle choisi le point milieu? [Internet]. [cité 24 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.coalitionat.qc.ca/wp-content/uploads/2021/06/Ecriture-inclusive.docx>
5. Comité permanent de la santé. LA SANTÉ DES COMMUNAUTÉS LGBTQIA2 AU CANADA : 28e rapport du Comité permanent de la santé [Internet]. 2019 [cité 21 mars 2022]. Disponible sur: https://www.familleslgbt.org/documents/pdf/LGBTQIA2_AU_CANADA_FRA.pdf
6. Rapport - Accès à la santé et aux soins de santé pour les personnes trans et non binaires au Canada [Internet]. Trans PULSE Canada. 2020 [cité 29 mai 2023]. Disponible sur: <https://transpulsecanada.ca/fr/results/rapport-1/>
7. Rapport - Impact de la COVID-19 sur l'accès aux soins de santé pour les personnes transgenres et non binaires au Canada [Internet]. Trans PULSE Canada. 2020 [cité 29 mai 2023]. Disponible sur: <https://transpulsecanada.ca/fr/results/rapport-impact-de-la-covid-19-sur-lacces-aux-soins-de-sante-pour-les-personnes-transgenres-et-non-binaires-au-canada/>
8. Gouvernement du Canada SC. Sexe à la naissance et genre : rapport technique sur les modifications apportées au Recensement de 2021 [Internet]. 2020 [cité 29 mai 2023]. Disponible sur: <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2021/ref/98-20-0002/982000022020002-fra.cfm>
9. Delisle S, Benkhalti M, Guindon G, Dagenais P. Diversité de genre, État des connaissances : Changement de culture organisationnelle pour un CIUSSS de l'Estrie – CHUS inclusif (volet 1), constats et plan de transfert des connaissances [Internet]. Sherbrooke (Qc): CIUSSS de l'Estrie-CHUS; 2022 juill [cité 13 janv 2023]. (Diversité de genre). Report No.: 1. Disponible sur: https://www.santeestrie.qc.ca/clients/SanteEstrie/Professionnels/UETMISSS/2022/Etat_connaissances_Diversite_genres.pdf
10. Stone E. Evidence-Based Medicine and Bioethics: Implications for Health Care Organizations, Clinicians, and Patients. Perm J [Internet]. 2018 [cité 13 mai 2022]; Disponible sur: <http://www.thepermanentejournal.org/issues/2018/fall/6877-health-care-organizations.html>
11. Benkhalti M, Espinoza M, Cookson R, Welch V, Tugwell P, Dagenais P. Development of a checklist to guide equity considerations in health technology assessment. Int J Technol Assess Health Care. 25 janv 2021;37:1-8.
12. Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et en services sociaux (UETMISSS). Politique de participation des usagers, proches-aidants et citoyens à l'UETMISSS du

CIUSSS de l'Estrie - CHUS [Internet]. Sherbrooke, Québec; 2018. Disponible sur: https://www.santeestrie.qc.ca/clients/SanteEstrie/Professionnels/UETMISSS/Politique_PUPACS_UE_TMISSS.pdf

13. Hong QN, Pluye P, Fàbregues S, Bartlett G, Boardman F, Cargo M, et al. MIXED METHODS APPRAISAL TOOL (MMAT) VERSION 2018, User guide [Internet]. Registration of Copyright (#1148552). Canadian Intellectual Property Office, Industry Canada; [cité 7 juin 2022]. Disponible sur: http://mixedmethodsappraisaltoolpublic.pbworks.com/w/file/attach/127916259/MMAT_2018_criteria-manual_2018-08-01_ENG.pdf
14. Shea BJ, Reeves BC, Wells G, Thuku M, Hamel C, Moran J, et al. AMSTAR 2: a critical appraisal tool for systematic reviews that include randomised or non-randomised studies of healthcare interventions, or both. *BMJ*. 21 sept 2017;j4008.
15. Coleman E, Radix AE, Bouman WP, Brown GR, de Vries ALC, Deutsch MB, et al. Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8. *Int J Transgender Health*. 19 août 2022;23(sup1):S1-259.
16. Brouwers MC, Kho ME, Browman GP, Burgers JS, Cluzeau F, Feder G, et al. AGREE II: advancing guideline development, reporting and evaluation in health care. *Can Med Assoc J*. 14 déc 2010;182(18):E839-42.
17. Blais M, Martineau S. L'analyse inductive générale :description d'une démarche visant à donner un sens à des données brutes. *Rech Qual*. 2006;26(2):1.
18. Kivits J, Balard F, Fournier C, Winance M. Les recherches qualitatives en santé. Malakoff: Armand Colin; 2016. (Collection U).
19. Paillé P, Mucchielli A. L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales. 5e éd. Malakoff: Armand Colin; 2021. (Collection U).
20. Blodgett N, Coughlan R, Khullar N. Overcoming the barriers in transgender healthcare in rural Ontario: discourses of personal agency, resilience, and empowerment. *Int Soc Sci J*. 2017;67(225-226):83-95.
21. Vermeir E, Jackson LA, Marshall EG. Barriers to primary and emergency healthcare for trans adults. *Cult Health Sex*. 2018;20(2):232-46.
22. Carlile A. The experiences of transgender and non-binary children and young people and their parents in healthcare settings in England, UK: Interviews with members of a family support group. *Int J Transgenderism* [Internet]. 2019; Disponible sur: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85075422823&doi=10.1080%2f15532739.2019.1693472&partnerID=40&md5=618d60661de32e06e618857d7bb42af6>
23. Hinrichs A, Link C, Seaquist L, Ehlinger P, Aldrin S, Pratt R. Transgender and Gender Nonconforming Patient Experiences at a Family Medicine Clinic. *Acad Med*. 2018;93(1):76-81.
24. Hudson KD. (Un)doing Transmisogynist Stigma in Health Care Settings: Experiences of Ten Transgender Women of Color. *J Progress Hum Serv*. 2019;30(1):69-87.
25. Linander I, Alm E, Hammarström A, Harryson L. Negotiating the (bio)medical gaze – Experiences of trans-specific healthcare in Sweden. *Soc Sci Med*. 2017;174:9-16.

26. Ross KAE, Law MP, Bell A. Exploring Healthcare Experiences of Transgender Individuals. *Transgender Health*. 2016;1(1):238-49.
27. Bauer GR, Zong X, Scheim AI, Hammond R, Thind A. Factors Impacting Transgender Patients' Discomfort with Their Family Physicians: A Respondent-Driven Sampling Survey. *PLOS ONE*. 17 déc 2015;10(12):e0145046.
28. Brandelli Costa A, Filho H, Fontanari A, Pase P, Catelan R, Mueller A, et al. Healthcare Needs of and Access Barriers for Brazilian Transgender and Gender Diverse People. *J Immigr Minor Health*. 1 févr 2018;20.
29. Clark BA, Veale JF, Townsend M, Frohard-Dourlent H, Saewyc E. Non-binary youth: Access to gender-affirming primary health care. *Int J Transgenderism*. 2018;19(2):158-69.
30. Delahunt JW, Denison HJ, Kennedy J, Hilton J, Young H, Chaudhri OB, et al. Specialist services for management of individuals identifying as transgender in New Zealand. *N Z Med J*. mai 2016;129(1434):49-58.
31. Gahagan J, Subirana-Malaret M. Improving pathways to primary health care among LGBTQ populations and health care providers: key findings from Nova Scotia, Canada. *Int J Equity Health*. 2018;17(1):76.
32. Colvin EGH, Tobon JI, Jeffs L, Veltman A. Transgender clients at a youth mental health care clinic: Transcending barriers to access. *Can J Hum Sex*. 2019;28(3):272-6.
33. Heard J, Morris A, Kirouac N, Ducharme J, Trepel S, Wicklow B. Gender dysphoria assessment and action for youth: Review of health care services and experiences of trans youth in Manitoba. *Paediatr Child Health Can*. 2018;23(3):179-84.
34. Blosnich JR, Rodriguez KL, Hruska KL, Kavalieratos D, Gordon AJ, Matza A, et al. Utilization of the veterans affairs' transgender E-consultation program by health care providers: Mixed-methods study. *J Med Internet Res [Internet]*. 2019;21(1). Disponible sur: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85060457419&doi=10.2196%2f11695&partnerID=40&md5=56acba448c8c5857d6b9b6db547c986b>
35. Clark BA, Veale JF, Greyson D, Saewyc E. Primary care access and foregone care: a survey of transgender adolescents and young adults. *Fam Pract*. 2018;35(3):302-6.
36. Inwards-Breland DJ, Divall S, Salehi P, Crouch JM, Negaard M, Lu A, et al. Youth and Parent Experiences in a Multidisciplinary Gender Clinic. *Transgender Health*. 2019;4(1):100-6.
37. Ziegler E, Valaitis R, Yost J, Carter N, Risdon C. « Primary care is primary care »: Use of Normalization Process Theory to explore the implementation of primary care services for transgender individuals in Ontario. *PLoS ONE Electron Resour*. 2019;14(4):e0215873.
38. Aylagas-Crespillo M, García-Barbero Ó, Rodríguez-Martín B. Barriers in the social and healthcare assistance for transgender persons: A systematic review of qualitative studies. *Enfermeria Clin [Internet]*. 2017; Disponible sur: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85034956985&doi=10.1016%2fj.enfcli.2017.09.004&partnerID=40&md5=daf08fae3025f223227d07d09287d738>
39. Heng A, Heal C, Banks J, Preston R. Transgender peoples' experiences and perspectives about general healthcare: A systematic review. *Int J Transgenderism*. 2018;19(4):359-78.

40. Coleman E, Bockting W, Botzer M, Cohen-Kettenis P, DeCuypere G, Feldman J, et al. Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender-Nonconforming People, Version 7. *Int J Transgenderism*. 2012;13(4):165-232.
41. Maillé C. Intersectionnalité | l'Encyclopédie Canadienne [Internet]. 2022 [cité 31 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.thecanadianencyclopedia.ca/fr/article/intersectionnalite>
42. Gouvernement du Québec. Lignes directrices sur la santé et le bien-être des personnes de la diversité sexuelle et des genres [Internet]. Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux; 2023. Disponible sur: <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2023/23-302-01W.pdf>
43. Edulib. Trans•diversité 2 : santé et services sociaux [Internet]. catalogue.edulib.org. [cité 6 févr 2023]. Disponible sur: <https://catalogue.edulib.org/fr/cours/umontreal-dsg102/>
44. Gouvernement du Canada l de recherche en santé du C. Qu'est-ce que le genre? Qu'est-ce que le sexe? - IRSC [Internet]. 2014 [cité 21 mars 2022]. Disponible sur: <https://cihr-irsc.gc.ca/f/48642.html>
45. Gouvernement du Canada. Lexique sur la diversité sexuelle et de genre [Internet]. 2019 [cité 30 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.btb.termiumplus.gc.ca/publications/diversite-diversity-fra.html?fbclid=IwARORASEWINJBtVXZp2FtDUhiqoKckedNGto87KmlJRYdYbFxbxbqjcxyl>
46. Perreault D. L'identité de genre et la transsexualité. 2017;14(1):29-34.
47. Pullen Sansfacon A. Intervention auprès des jeunes trans. In: Cousineau J, Payot Bouthillier ME, éditeurs. *Éthique clinique et situations complexes : Un guide pratique*. Editions CHU Sainte-Justine. 2020.
48. Repper J, Carter T. A review of the literature on peer support in mental health services. *J Ment Health*. août 2011;20(4):392-411.

**Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de l'Estrie – Centre
hospitalier universitaire
de Sherbrooke**

Québec

