IPEFA Sup Campus Liège

INSTITUT **PROVINCIAL** D'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR ET DE FORMATION POUR ADULTES

ÉPREUVE INTÉGRÉE

TITRE :« Quel impact l'absence de formation spécifique sur les soins aux patients transgenres pour les infirmiers non spécialisés a-t-elle sur la qualité des soins et la sécurité des patients transgenres, et quelles améliorations pourraient être envisagées à travers l'intégration de modules de formation dédiés dans les cursus infirmiers ? »

Nom : ARSENI

Prénom : Sandrine

Section : Bachelier infirmier responsable en soins généraux

Session : 2024-2025

Quai Godefroid Kurth,100 - 4020 LIEGE
Tél.: 04 237 29 50

1 RESUME

Dans ce travail de fin d'études, j'ai choisi d'aborder une problématique encore largement absente des cursus infirmiers : **la prise en charge des personnes transgenres par des infirmiers non spécialisés**. Cette thématique m'a interpellée à la fois dans ma pratique professionnelle et à titre personnel, en tant que mère d'un enfant en transition. Cette expérience m'a confrontée aux nombreuses difficultés rencontrées par les personnes transgenres dans le système de soins, et m'a amenée à remettre en question mes propres compétences dans ce domaine.

Objectifs : L'objectif principal de ce travail est d'évaluer l'impact du manque de formation sur la qualité et la sécurité des soins prodigués aux patients transgenres. Il s'agit également de sensibiliser la profession infirmière à cette réalité et de proposer des pistes concrètes pour rendre les soins plus inclusifs. Plus spécifiquement, ce travail vise à croiser les perceptions des soignants et des patients pour identifier les freins, les attentes, et les besoins prioritaires en matière de formation.

Méthodologie : Pour répondre à cette problématique, j'ai d'abord effectué une recherche théorique approfondie fondée sur les textes législatifs belges (lois de 2007, 2017 et 2023), les Principes de Jogjakarta, les droits du patient, les recommandations de l'OMS et les Standards of Care de la WPATH (version 8). Ensuite, j'ai mis en place deux questionnaires anonymes, l'un à destination des infirmiers non spécialisés, l'autre à destination des personnes transgenres. La diffusion s'est faite via un site internet que j'ai conçu (**votreaviscompte.org**), les réseaux sociaux, ainsi que des relais associatifs. L'analyse des résultats a permis de faire émerger des constats clairs : méconnaissance des traitements hormonaux et chirurgicaux, inconfort dans la relation soignant-soigné, et sentiment d'insécurité exprimé par les patients. Certains comportements non-inclusifs entraînent même un renoncement aux soins, comme l'a montré le témoignage d'une personne refusant de consulter pour une suspicion d'endométriose en progression.

Conclusion : Ce travail confirme qu'il existe un écart préoccupant entre les besoins des patients transgenres et la capacité actuelle du personnel infirmier à y répondre de manière adéquate. Les témoignages recueillis font écho à des constats établis depuis plus de onze ans, sans réelle évolution dans les pratiques. Il apparaît donc indispensable d'intégrer des modules de sensibilisation et de formation sur la transidentité dans les cursus de base et la formation continue en soins infirmiers. Sans cela, il sera difficile d'assurer un accompagnement digne, sécurisant et respectueux des identités de genre. Ce TFE constitue ainsi une base de réflexion et d'engagement pour faire évoluer les pratiques infirmières vers plus d'équité et d'humanité.

2 TABLE DES MATIERES

1 Résumé.....
2 Table des matières.....
3 Liste des abréviations .....
4 Remerciements .....
5 Motivations personnelles 1
6 Problématique.....1
7 Introduction contextuelle 1
7.1 Recensement des personnes transgenres en Belgique 1
7.2 Démographie 2
7.3 Législation 3
7.4 Droits du patient (Santé, 2024) 4
7.5 Principes de Jogjakarta (Principes de Jogjakarta, 2025) 5
8 Droits aux remboursements des soins de santé relatifs à la transition 7
8.1 Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, version 8 7
9 Question de recherche.....27
10 Hypothèse de recherche.....27
11 Objectifs.....28
11.1 Généraux.....28
11.2 Spécifiques.....28
11.3 Secondaires 28
12 Méthodologie.....28
12.1 Méthodologie de recherche 28
12.2 Population et échantillonnage 29
12.3 Outil de collecte des données.....29
12.4 Procédure de collecte des données 30
12.5 Analyse des données 32
12.6 Considération éthique.....32
12.7 Planification et calendrier.....32
12.8 Limitations de l'étude.....33
12.9 Validité et fiabilité 33
12.10 Conclusion 34
13 Résultats questionnaire infirmier.es 34
13.1 Le nombre de répondant·e·s et leurs profils de compétences.....34
13.2 Formation et/ou sensibilisation sur la transidentité.....34
13.3 Connaissances du terme « Transgenre » 35
13.4 Prise en charge de patient·e·s transgenres et confort du soignant.....35
13.5 Communication avec à une personne transgenre 35
13.6 Connaissances sur la législation et sur les recommandations 36
13.7 Changement de sexe et de numéro national sur la carte d'identité.....37
13.8 Connaissances sur les risques liés aux traitements hormonaux et aux chirurgies 37
13.9 Mesures de prévention des IST et conseils généraux 40

13.10 Déclassement des troubles mentaux par l'OMS 42
13.11 Fertilité sous Testostérone, normes biologiques, prévention tabagique 42
13.12 Besoin de formation et pistes d'amélioration 42
13.13 Conclusion de l'enquête infirmière 43
13.14 Pistes de solutions 44
14 Résultats Questionnaire Personnes transgenres 45
14.1 Répartition par âge 45
14.2 Identités de genre 45
14.3 Démarches administratives et durée de transition 46
14.4 Prise d'hormones de transition 47
14.5 Chirurgies de transition 47
14.6 Hospitalisation : types de chambres et consentement 49
14.7 Ressenti quant aux soins et à la discrimination 52
14.8 Respect, sécurité et information lors des soins infirmiers 55
14.9 Confidentialité, prise en compte des droits des patient·e·s trans 58
14.10 Conclusion de l'enquête des personnes transgenres 60
14.11 Axes d'améliorations 61
14.12 Pistes de solutions 62
15 Analyse croisée des deux enquêtes 63
15.1 Connaissance et utilisation du « pronom choisi » et du prénom d'usage 63
15.2 Formation et sensibilisation sur la transidentité 63
15.3 Respect ressenti, discriminations et reports de soins 63
15.4 Attribution des chambres et reconnaissance de l'identité à l'hôpital 63
15.5 Connaissances médicales spécifiques (hormonothérapie, risques, chirurgie) 63
15.6 Législation, droits des patients trans et cadre éthique 64
15.7 Besoins, attentes et pistes d'amélioration 64
16 Conclusion générale de l'analyse croisée 64
17 Conclusion des objectifs spécifiques 65
18 Compétences du professionnel infirmier mobilisées 66
19 Annexes .....
20 Glossaire .....
21 Bibliographie .....

3 LISTE DES ABRÉVIATIONS

- WPATH : World Professional Association for transgender Health
- SPF : Service public fédéral
- RBP : recommandations de bonnes pratiques
- INAMI : Institut National d'Assurance Invalidité
- GAHT : Gender Affirming Hormone therapy : thérapie hormonale d'affirmation de genre
- TGD : Transgender and Genver Diverse
- TVP : Thrombose veineuse profonde
- EP : Embolie pulmonaire
- SMART : Spécifique-Mesurable-Ambitieux-Réaliste-Temporel
- FSP : Fournisseur de soins primaires
- UNFPA : Fonds des Nations Unis pour la population

4 REMERCIEMENTS

Je tiens à exprimer ma profonde reconnaissance à tous celles et ceux qui ont contribué à la réalisation de ce travail de fin d'études.

Tout d'abord, je remercie sincèrement Madame Kempinaire Angélique, ma tutrice interne, et Madame Huyghebaert Stéphanie, ma tutrice externe, pour leur encadrement de grande qualité. Leur expertise, leurs conseils avisés et leur soutien constant ont été indispensables à l'avancement de ce projet.

Je suis également particulièrement reconnaissante envers le Docteur Ouafik pour son précieux accompagnement, sa relecture attentive de mes questionnaires avant leur mise en place, ainsi que pour le partage de ses sources bibliographiques, qui ont considérablement enrichi mes recherches. Sa bienveillance et sa disponibilité m'ont été d'une aide inestimable.

Je remercie chaleureusement Madame Remy-Paulus, directrice de l'**IPEFA SUP**, pour m'avoir permis de mener cette étude au sein de son établissement et pour son appui institutionnel. Son ouverture d'esprit et son engagement envers la qualité des soins pour tous, y compris les minorités, ont également été essentiels à la réussite de ce travail.

Une gratitude particulière s'adresse à mon fils Mhae, dont le talent d'illustrateur a permis la création des affiches et illustrations du site, ainsi qu'à mon compagnon Fabian pour son aide précieuse dans la conception technique du site internet « **votreaviscompte.org** », garantissant une diffusion optimale des enquêtes.

Je remercie également mon amie Christelle pour son soutien moral infaillible, ma mère Nicole pour sa relecture attentive et ses retours constructifs, ainsi que mes fils Antoine et Benjamin pour leur patience et compréhension face à mes longues heures de travail.

Enfin, je souhaite remercier les fédérations **LGBTQR+**, la **MAC de Liège** et **de Verviers**, ainsi que les associations **PRISME** et **PRATIQ**, pour leur accueil et leur soutien dans la diffusion des questionnaires. Leur engagement a joué un rôle clé dans le succès de cette étude.

5 MOTIVATIONS PERSONNELLES

Depuis vingt-cinq ans, j'exerce en tant qu'infirmière, et tout au long de ma carrière, j'ai constamment cherché à enrichir mes compétences afin de répondre aux évolutions rapides du domaine de la santé. Après avoir réalisé la passerelle d'infirmière brevetée à infirmière bachelière, j'ai complété mon parcours par plusieurs formations spécifiques telles qu'infirmière relai diabétique et référente en prise en charge des plaies, afin d'offrir des soins toujours plus adaptés aux besoins de mes patient·e·s.

Durant ces trois dernières années, mon regard sur la profession infirmière a profondément évolué. Mon intérêt pour la transidentité est né des situations rencontrées dans ma pratique clinique et s'est renforcé à travers mon vécu personnel lorsque mon enfant a entamé une transition sociale, adoptant le prénom de Mhae. Ce moment charnière a remis en question mes propres incompréhensions et a souligné avec acuité les nombreux obstacles auxquels sont confrontées les personnes transgenres, notamment dans l'accès aux soins et l'accueil dans les services de santé.

Cette expérience personnelle et professionnelle a nourri mon choix de sujet pour mon travail de fin d'études, dont la question de recherche se focalise sur l'amélioration de l'accueil et de l'accompagnement des patient·e·s transgenres en milieu hospitalier. Dans le souci de rendre mon travail clair et accessible à tou·te·s, j'ai sollicité l'intelligence artificielle (IA) pour reformuler et affiner mes propos, mettant ainsi en lumière l'intérêt des nouvelles technologies comme outils complémentaires aux démarches scientifiques en soins infirmiers.

En réalisant ce travail, mon objectif est double : sensibiliser mes collègues soignant·e·s à l'importance d'une prise en charge inclusive et respectueuse de l'identité de genre, et approfondir ma propre compréhension des défis et des besoins spécifiques rencontrés par les patient·e·s transgenres. C'est également un cheminement personnel visant l'acceptation, l'analyse critique de mes croyances, et le renforcement de ma pratique professionnelle.

Mon ambition est de devenir une ressource informée et empathique tant pour mes collègues que pour les patient·e·s transgenres, en favorisant un accompagnement bienveillant, adapté et sécurisé au sein des institutions de soins.

6 PROBLÉMATIQUE

Malgré l'évolution législative en Belgique et à l'international — lois facilitant la reconnaissance de l'identité de genre, Principes de Yogyakarta (2006) rappelant l'obligation de garantir des soins inclusifs — les personnes transgenres continuent de rapporter des expériences de discrimination et d'incompréhension dans le cadre des soins. Des recommandations internationales insistent pourtant sur l'importance de former les professionnel·le·s de santé pour réduire les préjugés et s'assurer que chaque individu bénéficie d'une prise en charge respectueuse.

Or, au sein de la formation infirmière, aucun module spécifique n'est systématiquement prévu pour aborder la transidentité, ses implications cliniques (ex. effets secondaires des traitements hormonaux, suivi postopératoire des chirurgies d'affirmation de genre) ou ses enjeux relationnels (accueil inclusif, vocabulaire adapté, etc.). Cette lacune peut nuire à la qualité des soins offerts et à la sécurité des personnes transgenres, exposées à des attitudes ou des protocoles inadaptés.

L'objectif est de démontrer en quoi une meilleure formation, même pour des infirmier·ère·s non spécialisé·e·s, permettrait de renforcer la qualité et la sécurité des soins, tout en réduisant les discriminations et les incompréhensions. Il s'agit également de mettre en évidence les bénéfices qu'apporterait l'intégration de contenus pédagogiques sur la transidentité dans les cursus infirmiers, afin que tous les soignant·e·s puissent offrir un accompagnement sûr et inclusif aux personnes transgenres.

7 INTRODUCTION CONTEXTUELLE

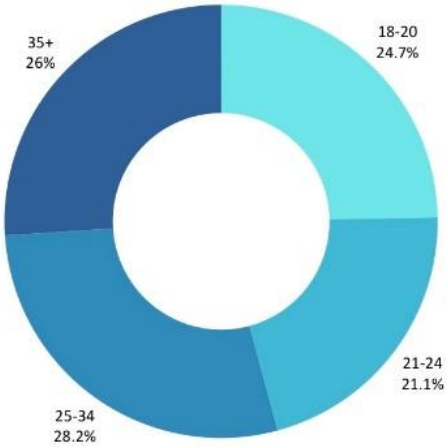
7.1 RECENSEMENT DES PERSONNES TRANSGENRES EN BELGIQUE

Depuis des décennies, la Belgique s'engage activement dans la reconnaissance et l'inclusion des personnes transgenres[1], avec des avancées importantes dans les domaines législatifs, médicaux et sociaux. L'évolution sociétale à travers le changement de mention officielle de sexe a été mesurée par l'Institut pour l'égalité des femmes et des hommes depuis 1993 au 31 décembre 2023.*«…4432 personnes ont fait adapter la mention officielle de leur sexe en Belgique. Dans 55% des cas, il s'agit de changement d'homme vers femme (femme transgenre) et dans 45% de femme vers homme (homme transgenre)…Depuis 2019, la proportion de demandes selon l'identité de genre est à peu près égale… »* (Pasteel, 2024)

[1] Voir glossaire : Transgenre

Les modifications législatives de 2007 et 2017 démontrent une évolution significative du nombre de demandes. En 1993, le nombre de femmes transgenres recensées était de 5. Ce chiffre a considérablement augmenté pour atteindre 418 en 2018, à la suite d'une réforme législative, avant de s'établir à 313 en 2023. Une tendance similaire est observée chez les hommes transgenres, dont le nombre est passé de 1 en 1993 à 320 en 2018, pour atteindre 607 en 2023.[2]

Les modifications de sexe concernent majoritairement les jeunes adultes, avec 150 personnes dans la tranche des 18-20 ans, et 128 personnes pour les tranches des 21-24 ans et de 171 pour les 25-34 ans sur 607 personnes recensées en 2023. 81% d'entre eux avaient moins de 35 ans.[3]



Ces chiffres ne reflètent pas avec précision le nombre réel de personnes transgenres, car de nombreuses personnes n'ont pas entrepris de démarches administratives et ne sont donc pas incluses dans ces statistiques.

7.2 DÉMOGRAPHIE

L'Institut pour l'égalité des femmes et des hommes a publié les résultats d'une enquête sur le sexisme en Belgique, révélant des conclusions sensiblement différentes. (Van Hove, 2020)

«*...Le présent rapport se penche sur l'identité de genre. L'identité de genre souligne l'aspect de l'auto-identification des personnes, plutôt que le sexe biologique...Et certaines personnes ne s'identifient pas à leur « sexe de naissance », c'est-à-dire le sexe enregistré à leur naissance, mais à l'autre sexe... »*

Sur base des données[4] recueillies auprès d'un échantillon aléatoire constitué via le Registre national, ainsi qu'une enquête ouverte, il ressort que **0.5% de la population belge** s'identifie comme t**ransgenre**.[5] Le **SPF**[6], qui publie les

[2] Tableau 2 : Evolution du nombre de changements de la mention officielle du sexe (1993-2023) (Pasteel, 2024)
[3] Tableau 4 : Age lors du changement de la mention officielle du sexe et la répartition cumulative(2023) (Pasteel, 2024)
[4] Tableau 2 : Se considérer comme une personne transgenre, selon l'identité de genre (2020) (Van Hove, 2020)
[5] Avec une fiabilité de 95%, la valeur pour la population se situe entre 0.1% et 0.9%
[6] Voir liste des abréviations : SPF

données démographiques de la Belgique, renseigne en date du premier janvier 2024 une population de 11 763 650 habitants. La population transgenre est de **58 818** personnes selon Statbel (Statbel, 2024)

7.3 LÉGISLATION

Depuis 2007, la législation belge relative à la transidentité a évolué de manière significative : elle est passée d'un cadre très médicalisé à une reconnaissance progressive de l'autodétermination, aboutissant, en 2023, à la suppression des exigences médicales et à un renforcement des droits des personnes transgenres.

Dans le cadre de cette étude, je me suis uniquement concentrée sur les dispositions légales s'appliquant aux personnes majeures, en cohérence avec l'orientation de mon enquête. Les spécificités concernant les adolescents et les mineurs, en revanche, ne sont pas abordées ici.

7.3.1 Ligne du temps : Évolution législative des lois sur la transidentité

7.3.2 Loi de 2007

Cette première législation reconnaît certains droits fondamentaux, mais impose des démarches administratives lourdes et un contrôle judiciaire pour changer de sexe. Elle requiert des critères médicaux contraignants (stérilisation, traitements hormonaux, chirurgie de "réassignation", évaluation psychiatrique[7]). L'autodétermination[8] n'est donc pas prise en compte, et la personne transgenre demeure soumise à une logique médico-légale rigide.

7.3.3 Loi de 2017

En vigueur dès 2018, elle simplifie les démarches administratives pour changer la mention de sexe et le prénom, en introduisant une procédure basée sur la déclaration personnelle[9] devant l'officier de l'état civil. Le principe de non-irrévocabilité est posé, bien que limité à une seule modification. Par ailleurs, un respect renforcé de la vie privée est prévu (copies d'actes d'état civil sur demande) et la protection contre les discriminations est étendue.

7.3.4 Loi de 2023

Cette réforme[10] plus complète supprime les exigences médicales et harmonise les documents officiels selon l'identité de la personne. Elle intègre les principes d'égalité et d'inclusivité dans divers domaines (accès aux droits sociaux, services publics, éducation, sport…), tout en clarifiant les règles de filiation pour respecter les droits liés à la parentalité. Elle marque ainsi un pas décisif vers la reconnaissance pleine des personnes transgenres.

---

[7] Loi du 10 mai 2007 relative à la transsexualité (M.B.,11 juillet 2007).

[8] Circulaire relative à la modification de l'enregistrement du sexe du Service fédéral justice. Publiée le 2023-10-02.

[9] Loi du 15 décembre 2017 entrée en vigueur le premier janvier 2018 réformant des régimes relatifs aux personnes transgenres en ce qui concerne la mention d'une modification de l'enregistrement du sexe dans les actes de l'état civil et ses effets.

[10] Loi entrée en vigueur le premier octobre 2023

7.3.5 **Cour constitutionnelle (Cour, 2019)**

La Cour constitutionnelle de Belgique a rendu un arrêt important le 19 juin 2019 (arrêt n° 99/2019) concernant les droits des personnes transgenres. Voici le résumé des points clés de cet arrêt :

1. Inconstitutionnalité partielle de la loi de 2017 : La Cour a jugé que la loi du 25 juin 2017, autorisant la modification de l'enregistrement du sexe dans l'acte de naissance, n'était pas conforme à la Constitution, car elle ne prenait pas en compte les identités de genre non binaires ou fluides.
2. Enregistrement du sexe : Limiter l'enregistrement du sexe à la seule binarité « homme » ou « femme » est jugé injustifié, en contradiction avec le principe d'autodétermination.
3. Modification irrévocable : Les dispositions rendant irrévocable la modification de la mention du sexe, ainsi que la limite imposant un seul changement de prénom pour raison de transidentité, ont été annulées, car elles restreignaient excessivement la liberté de changer d'identité légale

7.3.6 **OMS : Organisation mondiale de la santé**

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) a pris une décision historique en 2019 en retirant le "trouble de l'identité de genre" de sa Classification internationale des maladies (CIM-11). Cette reclassification est considérée comme une victoire majeure pour les droits des personnes transgenres. Voici les points de vue principaux de l'OMS (Unies, 2025) :

1. Reclassification : L'OMS a retiré la notion de « trouble de l'identité de genre » de la CIM-11, la replaçant dans le domaine de la sexualité plutôt que des troubles mentaux, en cohérence avec l'évolution des connaissances scientifiques.
2. Réduction de la stigmatisation : Cette démarche vise à diminuer le sentiment de pathologisation et à renforcer la légitimité de la diversité de genre, en facilitant notamment l'accès à des soins adaptés.
3. Amélioration de l'accès aux soins : En supprimant la classification comme « trouble mental », l'OMS entend garantir un meilleur accès aux interventions nécessaires pour les personnes transgenres (notamment en prévention, dépistage, traitement, etc.).
4. Impact positif : L'organisation espère qu'en réduisant la discrimination liée au statut pathologique, la reclassification encouragera un changement de perception, allégera les barrières d'accès aux services de santé et limitera l'exclusion et les préjugés.

7.4 DROITS DU PATIENT (SANTÉ, 2024)[11]

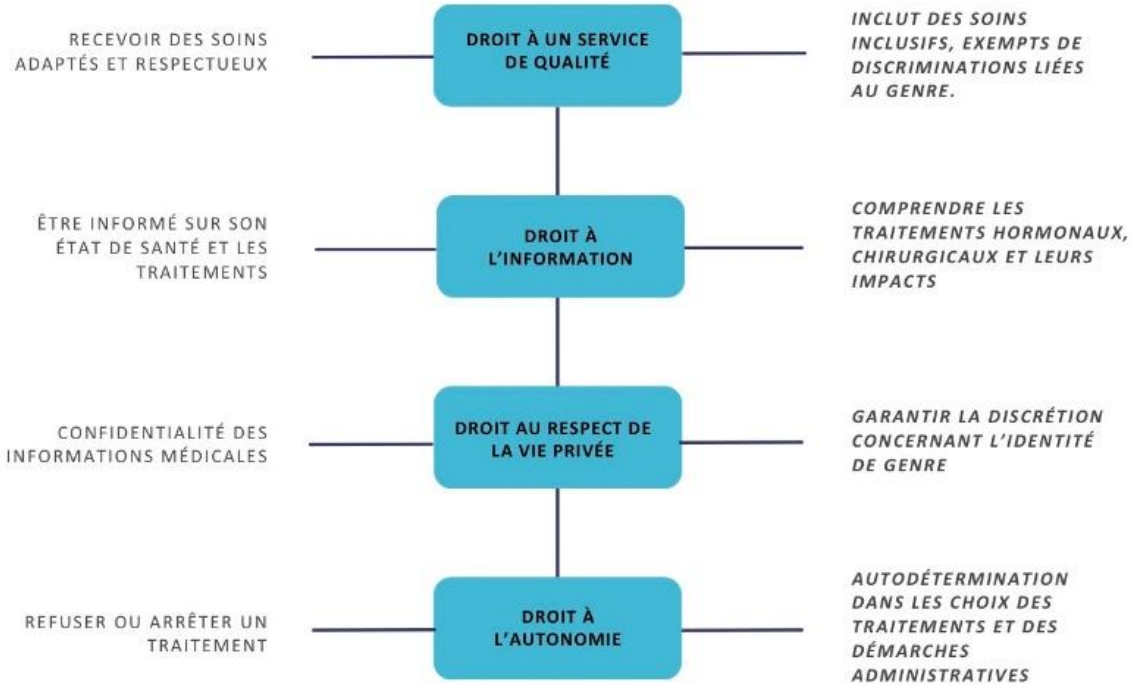
La loi du 22 août 2002 définit en Belgique les droits fondamentaux de tout patient, incluant notamment le droit à l'information, le consentement libre et éclairé, la confidentialité, ou encore le respect de l'autonomie. Dans le cas des personnes transgenres, ces droits doivent être pleinement garantis.

Toutefois, l'absence de connaissances ou de formation spécifique sur la transidentité peut entraver leur application concrète : un soignant mal informé risque, même involontairement, de mégenrer le patient, de négliger des aspects cliniques propres à la transition ou de ne pas respecter la confidentialité quant à l'identité de genre. Ces lacunes peuvent nuire à la qualité de la prise en charge et causer des situations problématiques (manque de respect, discriminations, retards de diagnostic...).

En veillant à former les équipes médicales sur la diversité de genre, il devient possible d'assurer une meilleure mise en pratique des droits du patient, contribuant ainsi à des soins plus inclusifs, sûrs et respectueux pour l'ensemble de la population.

[11] Loi entrée en vigueur le 6 octobre 2002

7.4.1 **Organigramme des Droits du patient et des Droits spécifiques du patient transgenre**



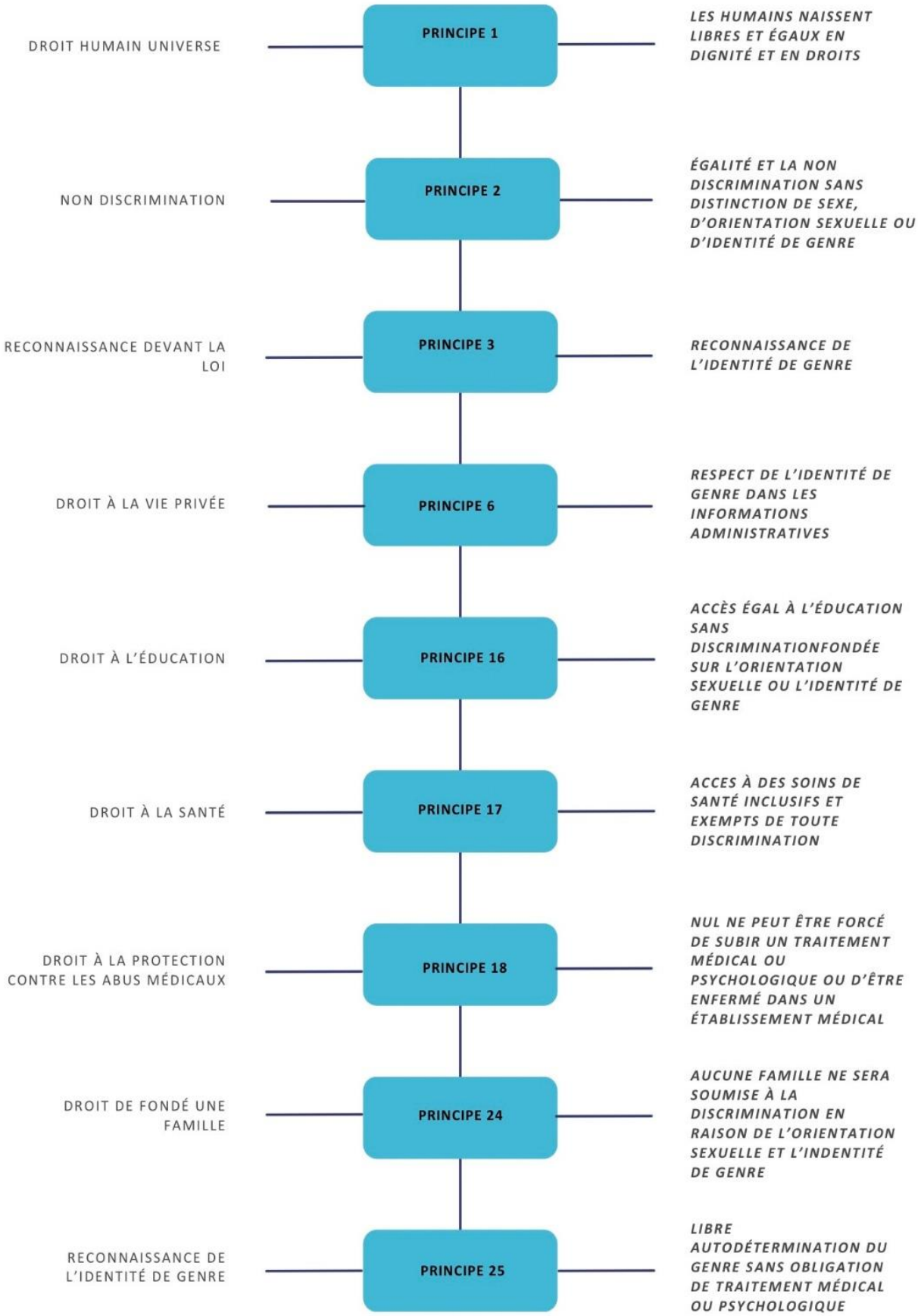
7.5 PRINCIPES DE JOGJAKARTA (PRINCIPES DE JOGJAKARTA, 2025)

Les Principes de Jogjakarta constituent un ensemble de 29 principes définissant l'application du droit international des droits de l'homme en matière d'orientation sexuelle et d'identité de genre. Ils imposent aux États le respect de normes juridiques internationales, affirmant que « tous les êtres humains, nés libres et égaux en dignité et en droits, doivent pouvoir jouir du droit à la vie ».

Ces principes répondent aux violations récurrentes dont sont victimes les personnes LGBTQIA+, et formulent des recommandations à l'intention non seulement des États, mais aussi des organisations internationales, des médias et de la société civile.

En pratique, leur mise en œuvre demeure incomplète, y compris dans le milieu hospitalier, où d'importants progrès restent à réaliser pour garantir des soins véritablement inclusifs. Il appartient à chacun, soignant et institutions, de prendre en compte ces recommandations internationales afin d'assurer le respect et la sécurité de tous.

7.5.1 **Organigramme des Principes de Jogjakarta spécifiques à la transidentité**



8 DROITS AUX REMBOURSEMENTS DES SOINS DE SANTÉ RELATIFS À LA TRANSITION

La couverture sociale permet aux patients transgenres de bénéficier de remboursements pour les chirurgies de transition et les traitements hormonaux sous certaines conditions. L'**INAMI**[12] (Transidentité : Notre intervention dans le coût d'un accompagnement dans un centre spécialisé, 2024) recommande pour bénéficier d'un remboursement de se rendre dans un centre conventionné d'accompagnement de la transidentité, et fournit la liste de deux centres. L'**INAMI** bénéficie d'un accord avec les mutuelles.[13]

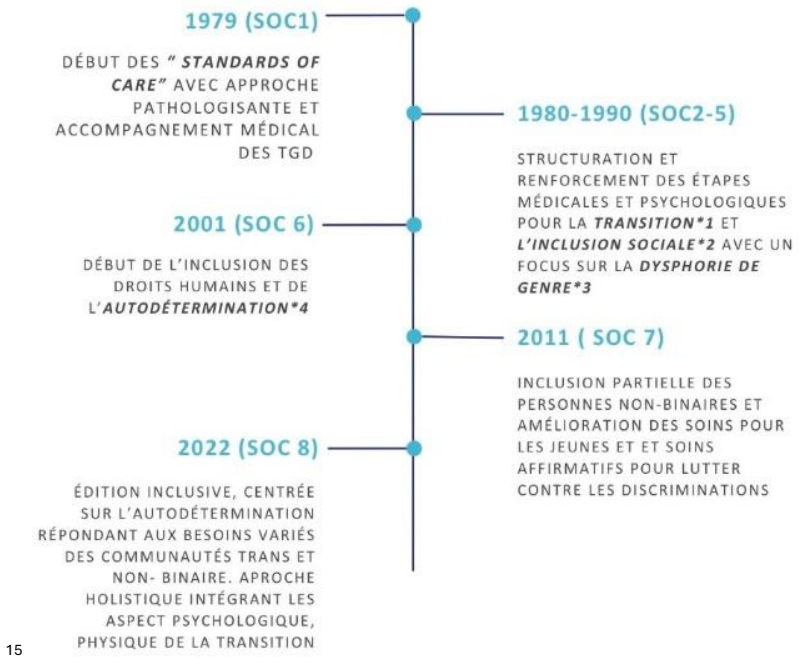
Le centre de référence de soins doit s'assurer que les conditions de l'intervention de la mutualité sont respectées en remplissant un rapport médical et un formulaire de demande d'intervention pour les prestations liées à cet accompagnement. Ces deux documents doivent être envoyés vers la mutualité pour approbation. L'accompagnement ne pourra commencer que si la mutuelle donne son accord, et la part d'intervention personnelle sera alors déterminée. Cette part peut varier en fonction des différentes mutualités. Les traitements hormonaux doivent être prescrits par un endocrinologue pour être remboursés, et le remboursement est soumis à certaines conditions comme la présentation d'une attestation médicale (Mutualité, 2024) *«...Celles-ci vous seront prescrites par un endocrinologue, sur base d'une attestation rédigée par un psychologue attestant l'absence de contre-indications à la prise d'hormones – l'attestation du psy n'est plus requise depuis 2018, néanmoins, un avis médical reste recommandé... »*

8.1 STANDARDS OF CARE FOR THE HEALTH OF TRANSGENDER AND GENDER DIVERSE PEOPLE, VERSION 8

À l'origine, ces normes étaient connues sous le nom d'**Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association**. Conçues pour guider les professionnels de la santé dans l'accompagnement des personnes transgenres, elles ont évolué au fil des décennies, s'appuyant sur les avancées scientifiques et sur les besoins exprimés par la communauté trans et non binaire[14]. Actuellement rédigées en anglais, elles peuvent représenter un obstacle pour ceux qui ne maîtrisent pas cette langue. J'ai donc choisi de citer la version originale en anglais tout en proposant une interprétation en français pour une meilleure compréhension de tous.

Les **Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, version 8** (Coleman & AL., 2020) constitueront la base de mon travail.

8.1.1 Lignes du temps de l'évolution des Standards of care (SOC)



15

[12] Voir liste des abréviations : INAMI

[13] Toutes les informations sont disponibles sur le site de l'INAMI : Thèmes : Transidentité

[14] Voir glossaire : Non-binaire

[15] Voir glossaire : *1 : Transition ; 2*Inclusion sociale ; 3*Dysphorie de genre ; 4* Autodétermination

8.1.2 **Recommandations des bonnes pratiques pour les professionnels de la santé « Standards of Care for the Health of Transgender and Diverse People de la World Professional Association for Transgender Health (WPATH). »**

8.1.2.1 *En rapport avec le chapitre : Terminologie*[16]

Les **Recommandations de Bonnes Pratiques** (RBP) définissent un cadre linguistique clair en proposant une liste de termes permettant de mieux comprendre et décrire les diverses communautés de personnes « *with gender identities or expressions that differ from the gender socially attributed to the sex assigned to them at birth* ». Elles insistent sur l'importance de l'inclusivité[17] et offrent un vocabulaire commun et respectueux, adapté à la réalité de chacun.

Recommandations	**Interprétation**
«… We recommend health care professionals use culturally relevant language (including terms to describe transgender and gender diverse people) when applying the Standards of Care in different global settings…[18] *use language in health care settings that uphold the principles of safety, dignity,and respect…*[19] *discuss with transgender and gender diverse people what language or terminology they prefer.»*[20]	<u>Adaptation culturelle et linguistique</u> - Les professionnel·le·s de santé ajustent leur langage selon le contexte culturel et la langue des patient·e·s. <u>Principes de sécurité, dignité et respect</u> - Le vocabulaire utilisé doit préserver la sécurité, valoriser la dignité et respecter l'identité de la personne transgenre ou non conforme au genre. <u>Dialogue avec le/la patient·e</u> - Discuter des préférences de nom, de pronoms, de termes descriptifs (ex. parties du corps) pour adopter un langage affirmatif. <u>Éviter les erreurs de genre</u> - S'assurer d'utiliser les pronoms et le genre souhaités par la personne ; en cas de doute, demander simplement « comment souhaitez-vous que l'on s'adresse à vous ? ». <u>Impact positif sur la relation de confiance</u> - L'emploi d'un langage inclusif et affirmatif réduit la méfiance et favorise la confiance réciproque.

8.1.2.2 *En rapport avec le chapitre : Évaluation* [21]

Les lignes directrices pour l'évaluation des adultes transgenres visent à traiter, de manière professionnelle, les questions relatives aux interventions physiques, à la prise en charge multidisciplinaire, ainsi qu'aux traitements médicaux et chirurgicaux. Elles recommandent la présence d'un professionnel de la santé disposant de compétences en santé mentale, sans pour autant exiger l'intervention spécifique d'un psychologue, d'un psychiatre ou d'un travailleur social. Un médecin généraliste, une infirmière ou tout autre professionnel qualifié peut parfaitement assurer cette fonction, à condition de pouvoir identifier l'incongruence de genre, reconnaître d'éventuels troubles psychiques et distinguer ces derniers de la dysphorie de genre.

Recommandations	**Interprétation**
« We suggest, as part of the assessment for gender-affirming hormonal or surgical treatment, professionals who have competencies in the assessment of transgender and gender diverse people wishing gender-related medical treatment	- L'évaluation en vue de traitements hormonaux ou chirurgicaux intègre la transition sociale (démarches administratives, coming-out, etc.) Les professionnel·le·s (infirmier·ère·s, médecin généraliste, etc.) veillent à comprendre et à accompagner la dimension psychosociale du patient transgenre.

[16] Page S11
[17] Voir glossaire : Inclusivité
[18] Affirmation 1.1.
[19] Affirmation 1.2.
[20] Affirmation 1.3.
[21] Page S31

consider the role of social transition together with the individual.[22] »	
« We recommend transgender and gender diverse adults who fulfill the criteria for gender-affirming medical and surgical treatment require a single opinion for the initiation of this treatment from a professional who has competencies in the assessment of transgender and gender diverse people wishing gender-related medical and surgical treatment.[23]	- Pour commencer un traitement d'affirmation de genre, un seul avis spécialisé est recommandé. - Cet avis doit venir d'un·e professionnel·le· compétent·e en santé transgenre (pas nécessairement un psychiatre/psychologue, mais quelqu'un ayant l'expertise suffisante). - Facilite la coordination et la continuité du parcours de soins.
« We suggest health care professionals assessing transgender and gender diverse people seeking gonadectomy consider a minimum of 6 months of hormone therapy as appropriate to the TGD person's gender goals before the TGD person undergoes irreversible surgical intervention (unless hormones are not clinically indicated for the individual).[24] »	- Un traitement hormonal d'au moins 6 mois est préconisé avant toute gonadectomie irréversible. - Objectif : évaluer l'adéquation entre l'attente de la personne et les effets hormonaux, valider que la personne est prête pour l'intervention chirurgicale.
« We recommend health care professionals assessing adults who wish to detransition and seek gender-related hormone intervention, surgical intervention, or both, utilize a comprehensive multidisciplinary assessment that will include additional viewpoints from experienced health care professional in transgender health and that considers, together with the individual, the role of social transition as part of the assessment process.[25] »	- En cas de demande de détransition, une évaluation pluridisciplinaire est recommandée (médecin, infirmier·ère, professionnel·le en santé mentale, etc.). - On aborde également la transition sociale (administrative, familiale, etc.) et ses implications. - L'objectif est d'offrir un suivi global et éclairé.

8.1.2.3 *En rapport avec le chapitre : Éducation*[26]

Ce nouveau chapitre de la **WPATH** pose les fondements en matière de formation et incite à un dialogue plus large et approfondi entre les professionnels de la santé. Il s'appuie sur le principe selon lequel tous les êtres humains naissent libres et égaux en dignité et en droits. Ce chapitre revêt une importance particulière pour mes recherches, car il traite de la formation initiale et continue recommandée pour les soignants.

Recommandations	**Interprétation**
1. Qualifications minimales *«…We recommend health care professionals assessing transgender and gender diverse adults for physical treatments :… [27] Are licensed by their statutory body and hold, at a minimum, a master's degree or equivalent training in a clinical field relevant to this 9ôle and granted by a nationally accredited statutory institution… [28] For countries requiring a diagnosis for access to care, the health care professional should be competent using the latest edition of the World Health Organization's International Classification of Diseases (ICD) for diagnosis. In countries that have not implemented the latest ICD, other taxonomies may be used ;*	<u>Les soignant·e·s doivent posséder au minimum</u> : - Un diplôme de niveau Master (ou équivalent) dans un domaine clinique pertinent. - Une compétence en diagnostic selon l'ICD de l'OMS (ou classification reconnue). - La capacité à reconnaître et distinguer la dysphorie de genre d'autres troubles (santé mentale, psychosociaux). - Des bases solides pour évaluer l'aptitude au consentement. - Expérience ou qualification formelle en dysphorie / incongruence de genre. - Une formation continue sur la santé transgenre (mise à jour régulière).

[22] Affirmation 5.4
[23] Affirmation 5.5
[24] Affirmation 5.6
[25] Affirmation 5.7
[26] Page S27
[27] Affirmation 5.1
[28] Affirmation 5.1.a

efforts should be undertaken to utilize the latest ICD as soon as practicable…[29] *Are able to identify co-existing mental health or other psychosocial concerns and distinguish these from gender dysphoria, incongruence, and diversity…*[30] *Are able to assess capacity to consent for treatment…*[31] *Have experience or be qualified to assess clinical aspects of gender dysphoria, incongruence, and diversity…*[32] *Undergo continuing education in health care relating to gender dysphoria, incongruence, and diversity…*[33] »	
2. Pluridisciplinarité « *We suggest health care professionals assessing transgender and gender diverse adults seeking gender-affirming treatment liaise with professionals from different disciplines within the field of transgender health for consultation and referral, if required.*[34] »	- Les professionnel·le·s sont encouragé·e·s à collaborer avec un réseau pluridisciplinaire (médecine générale, endocrinologie, psychologie, chirurgie, etc.). - En cas de besoin spécifique, référer ou demander un avis complémentaire (chirurgien spécialisé, psychiatre, psychologue, sexologue…). - Favorise une approche globale de la personne transgenre (physique, mentale, sociale).
3. Conditions préalables à tout traitement d'affirmation de genre *« The following recommendations are made regarding the requirements for gender-affirming medical and surgical treatment (all should be met)…We recommend health care professionals assessing transgender and gender diverse adults for gender-affirming medical and surgical treatment*[35] *:..Only recommend gender-affirming medical treatment requested by a TGD person when the experience of gender incongruence is marked and sustained*[36]*…Ensure fulfillment of diagnostic criteria prior to initiating gender-affirming treatments in regions where a diagnosis is necessary to access health care.*[37]*…Identify and exclude other possible causes of apparent gender incongruence prior to the initiation of gender-affirming treatments.*[38]*…Ensure that any mental health conditions that could negatively impact the outcome of gender-affirming medical treatments are assessed, with risks and benefits discussed, before a decision is made regarding treatment.*[39]*…Ensure any physical health conditions that could negatively impact the outcome of gender-affirming medical treatments are assessed, with risks and benefits discussed, before a decision is made regarding treatment.*[40]*… Assess the capacity to consent for the specific physical treatment prior to the initiation of this*	- Les professionnel·le·s évaluent la persistance et l'intensité de l'incongruence de genre avant de recommander un traitement. - Vérifient que les critères diagnostiques (si exigés dans la région concernée) sont remplis. - Exclure d'autres causes ou troubles pouvant être confondus avec une incongruence de genre. - Dépister les conditions de santé mentale/physique qui pourraient influencer l'efficacité ou la sécurité du traitement. - Valider la capacité de consentement : s'assurer que la personne comprend bien les implications (risques, bénéfices, irréversibilité, impacts sur la fertilité, etc.). - Explorer les options de reproduction (conservation gamètes, etc.) avant le début du traitement.

[29] Affirmation 5.1.b
[30] Affirmation 5.1.c
[31] Affirmation 5.1.d
[32] Affirmation 5.1.e
[33] Affirmation 5.1.f
[34] Affirmation 5.2
[35] Affirmation 5.3
[36] Affirmation 5.3.a
[37] Affirmation 5.3.b
[38] Affirmation 5.3.c
[39] Affirmation 5.3.d
[40] Affirmation 5.3.e

treatment.[41] *...Assess the capacity of the gender diverse and transgender adult to understand the effect of gender-affirming treatment on reproduction and explore reproductive options with the individual prior to the initiation of gender-affirming treatment.*[42] »	

8.1.2.4 *En rapport avec le chapitre : Hormonothérapie*[43]

Les personnes transgenres ou de diverses identités de genre peuvent recourir à une hormonothérapie d'affirmation de genre (GAHT) afin d'aligner leur corps sur leurs objectifs d'incarnation et/ou leur identité de genre. Lorsqu'elle est administrée sous surveillance médicale, cette approche est considérée comme sûre. Toutefois, avant de démarrer un traitement hormonal, il est recommandé d'évaluer la présence éventuelle de pathologies préexistantes (cancer hormonosensible, maladie coronarienne, maladie cérébrovasculaire, hyperprolactinémie, hypertriglycéridémie, cholélithiase), car l'ajout d'hormones exogènes peut en modifier les risques .

Conformément au principe énoncé par (Hembree & al., 2017) — « *In general, the goal is to target serum levels of the sex steroids to match the levels associated with the individual's gender identity, although optimal target ranges have not been established...* » — l'objectif est d'ajuster les taux sériques des stéroïdes sexuels pour qu'ils correspondent au plus près de l'identité de genre de la personne. S'agissant plus spécifiquement des personnes transgenres sous œstrogénothérapie, plusieurs études ont mis en évidence un risque plus élevé de complications thromboemboliques et cardiovasculaires avec l'utilisation d'œstrogènes conjugués oraux, comparés à l'estradiol oral chez les femmes ménopausées. Néanmoins, aucune étude contrôlée randomisée n'a jusqu'à présent été menée, ni chez les femmes ménopausées ni chez les personnes transgenres sous traitement d'œstrogènes (Smith, 2014) ». De ce fait, une vigilance accrue reste de mise, en particulier pour ces patient·e·s, qui doivent être accompagné·e·s par des professionnel·le·s de santé compétent·e·s.

Recommandations	**Interprétation**
«We recommend health care professionals measure hormone levels during gender-affirming treatment to ensure endogenous sex steroids are lowered and administered sex steroids are maintained at levels appropriate for the treatment goals of transgender and gender diverse people according to the Tanner stage.[44] »	La mesure des niveaux d'hormones pendant le traitement est recommandée afin de s'assurer que les stéroïdes sexuels endogènes soient abaissés et que le stéroïdes sexuels administrés soient maintenus à des niveaux appropriés aux objectifs relatifs à la transition.
« We recommend health care professionals inform and counsel all individuals seeking gender-affirming medical treatment about the options available for fertility preservation prior to initiating puberty suppression and prior to treating with hormone therapy[45] »	L'information et les options disponibles en termes de reproduction doivent être expliquées pour préserver la fertilité avant d'instaurer un traitement hormonal.
« We recommend health care professionals evaluate and address medical conditions that can be exacerbated by lowered endogenous sex hormone concentrations and treatment with exogenous sex hormones before beginning treatment for transgender and gender diverse people.[46] »	Il est recommandé d'évaluer et de traiter les conditions médicales susceptibles d'être exacerbées par une diminution des concentrations d'hormones sexuelles endogènes et par un traitement avec des hormones sexuelles exogènes avant de commencer ce dernier.
« We recommend health care professionals educate transgender and gender diverse people undergoing gender-affirming treatment about the	Il est recommandé aux professionnels d'éduquer sur l'apparition et l'évolution des changements physiques induits par le traitement hormonal. Ce qui implique d'avoir connaissance de ceux-ci.

[41] Affirmation 5.3.f
[42] Affirmation 5.3.g
[43] Page S 110
[44] Affirmation 12.6
[45] Affirmation 12.10
[46] Affirmation 12.11

onset and time course of the physical changes induced by sex hormonal treatment.[47] »	
« We recommend health care professionals not prescribe ethinyl estradiol for transgender and gender diverse people as part of a gender-affirming hormonal treatment.[48] … We suggest health care professionals prescribe transdermal estrogen for eligible* transgender and gender diverse people at higher risk of developing venous thromboembolism based on age > 45 years or a previous history of venous thromboembolism, when gender-affirming estrogen treatment is recommended…We suggest health care professionals not prescribe conjugated estrogens in transgender and gender diverse people when estradiol is available as a component of gender-affirming hormonal treatment…We recommend health care professionals prescribe testosterone-lowering medications (either cyproterone acetate, spironolactone, or GnRH agonists) for eligible* transgender and gender diverse people with testes who are taking estrogen as part of a hormonal treatment plan if the individual's goal is to approximate circulating sex hormone concentrations in cisgender women…We recommend health care professionals monitor hematocrit (or hemoglobin) in transgender and gender diverse people treated with testosterone. »	Ces recommandations s'adressent principalement aux médecins prescripteurs. Toutefois, j'ai choisi de les mentionner, car le rôle infirmier reste essentiel dans l'administration des traitements et le suivi des effets secondaires. Il est notamment recommandé : • de privilégier les œstrogènes transdermiques chez les personnes TGD présentant un risque accru de thromboembolie (âge < 45 ans ou antécédents de thrombose veineuse profonde), • de ne pas recourir aux œstrogènes conjugués lorsque l'estradiol est disponible, • de prescrire des anti-androgènes (ex. acétate de cyprotérone, spironolactone ou antagonistes de la GnRH) chez les personnes TGD ayant des testicules et prenant des œstrogènes, afin de viser des taux hormonaux similaires à ceux des femmes cisgenres, • et de surveiller l'hématocrite (ou l'hémoglobine) chez les personnes TGD traitées par testostérone.
« We suggest health care professionals collaborate with surgeons regarding hormone use before and after gender-affirmation surgery[49] »	La collaboration pluridisciplinaire est recommandée avant et après les traitements de chirurgie d'affirmation de genre.
« We suggest health care professionals counsel transgender and gender diverse people about the various options available for gender-affirmation surgery unless surgery is not indicated or is medically contraindicated.[50] »	L'information sur toutes les options disponibles avant la chirurgie doit être donnée à moins que la chirurgie ne soit pas indiquée ou qu'elle ne soit médicalement contre-indiquée.
« We recommend health care professionals initiate and continue gender-affirming hormone therapy for eligible transgender and gender diverse people who require this treatment due to demonstrated improvement in psychosocial functioning and quality of life*. »[51]	Il est recommandé aux professionnels de la santé d'initier et de poursuivre l'hormonothérapie d'affirmation de genre pour les personnes transgenres et de genre divers (TGD) qui montrent une amélioration démontrée de leur fonctionnement psychosocial et de leur qualité de vie.
« *We recommend health care professionals maintain existing hormone therapy if the transgender and gender diverse individual's mental health deteriorates and assess the reason for the deterioration, unless contraindicated*[52] »	Il est recommandé de maintenir l'hormonothérapie existante si la santé mentale se détériore et d'en évaluer les raisons, sauf contre-indications.

[47] Affirmation 12.12
[48] Affirmation 12.13 à 12.17
[49] Affirmation 12.18
[50] Affirmation 12.19
[51] Affirmation 12.20
[52] Affirmation 12.21

8.1.2.5 Tableau des effets attendus du traitement d'affirmation de genre à base de testostérone [53](Hembree & al.,2017)

Effets attendus	Début	Maximum
Peau grasse /acné	1 à 6 mois	1 à 2 ans
Croissance des poils du visage et du corps	6 à 12 mois	> 5 ans
Perte de cheveux du cuir chevelu	6 à 12 mois	> 5 ans
Augmentation de la masse musculaire/force	6 à 12 mois	2 à 5 ans
Redistribution des graisses	1 à 6 mois	2 à 5 ans
Arrêt des menstruations	1 à 6 mois	1 à 2 ans
Elargissement du clitoris	1 à 6 mois	1 à 2 ans
Atrophie vaginale	1 à 6 mois	1 à 2 ans
Approfondissement de la voix	1 à 6 mois	1 à 2 ans

8.1.2.6 Tableau des effets secondaires[54] (Hembree & al., 2017)

Risque probablement accru	- **Polycythémie[55] et Infertilité** - Acnée - Alopécie - Hypertension artérielle - Apnée du sommeil - Prise de poids - ↘cholestérol HDL et ↗ du cholestérol LDL
Risque probablement accru si facteurs de risque supplémentaires	- Maladies cardiovasculaires - Hypertriglycéridémie - Diabète de type 2
Aucun risque accru ou non concluant	- Faible masse osseuse - Ostéoporose

8.1.2.7 Tableau des médicaments (Kuijpers, 2021)

Nom de la molécule	Voie d'administration	Posologie
Testostérone énanthate/cypionate	Intra musculaire	50 à 100 mg /semaine 100 à 200 mg/deux semaines
Testostérone Undécanoate	Intra musculaire	1000 mg toutes les 12 semaines 750 mg toutes les 10 semaines
Testostérone gel	Transdermique	50 à 100 mg par jour
Testostérone patch	Transdermique	2.5 à 7.5 mg par jour

[53] Tableau 1 évolution temporelle prévue des changements physiques en réponse à l'hormonothérapie d'affirmation de genre . Annexe C Traitements hormonaux d'affirmation de genre. S 254

[54] Tableau 2 : Risques associés à l'hormonothérapie d'affirmation de genre . Annexe C Traitements hormonaux d'affirmation de genre. S 254

[55] Voir Glossaire : Polycythémie. Mis en gras car deux principaux risques renseignés dans le tableau

8.1.2.8 Surveillance hormonale des TGD[56] sous testostérone

Recommandations	Valeurs
Évaluer tous les 3 mois pendant la première année et une à deux fois par an par la suite pour surveiller les changements physiques en réponse à la testostérone	- Testostérone parentérale de 400-700 Ng/dl ▪ Mesurer à mi-chemin des injections - L'undécanoate de testostérone parentérale de <400 Ng/dl ▪ Mesurer juste avant l'injection - Testostérone transdermique <400Ng/dl ▪ Mesurer au plus tôt après une semaine d'application quotidienne et au moins 2 heures après l'application du produit
Mesurer les concentrations d'hématocrite ou d'hémoglobine au départ et environ 3 mois pendant la première année, puis une à deux fois par an	

8.1.2.9 Tableau des effets attendus du traitement d'affirmation de genre à base d'œstrogènes[57] (Hembree & al., 2017)

Effets attendus	Début	Maximum
Redistribution de la graisse corporelle	3 à 6 mois	2 à 5 ans
Diminution de la masse musculaire et de la force	3 à 6 mois	1 à 2 ans
Adoucissement de la peau	3 à 6 mois	Inconnu
Diminution du désir sexuel	1 à 3 mois	Inconnu
Diminution des érections spontanées	1 à 3 mois	3 à 6 mois
Diminution de la production des spermatozoïdes	Inconnu	2 ans
Croissance mammaire	3 à 6 mois	2 à 5 ans
Diminution du volume testiculaire	3 à 6 mois	Variable
Augmentation des cheveux du cuir chevelu	Variable	> 3 ans

8.1.2.10 Tableau des effets secondaires[58] (Hembree & al., 2017)

Risque probablement accru	- **Thromboembolie et infertilité**[59] - Embolie pulmonaire - Hyperkaliémie - Hypertriglycéridémie - Prise de poids

[56] Tableau 5 : Surveillance hormonale des TGD recevant une hormonothérapie d'affirmation de genre (adapté des lignes directrices de la Société d'endocrinologie)

[57] Tableau 1 évolution temporelle prévue des changements physiques en réponse à l'hormonothérapie d'affirmation de genre . Annexe C Traitements hormonaux d'affirmation de genre. S 254

[58] Tableau 2 : Risques associés à l'hormonothérapie d'affirmation de genre . Annexe C Traitements hormonaux d'affirmation de genre. S 254

[59] Mis en gras car deux principaux risques renseignés dans le tableau

Risque probablement accru si facteurs de risque supplémentaires	- Maladies cardiovasculaires, cérébrovasculaires - Méningiome - Polyurie - Déshydratation - Cholécystite et lithiase - Hypertension artérielle - Dysfonction érectile - Diabète de type 2 - Ostéoporose - Hyperprolactinémie
Aucun risque accru ou non concluant	- Cancer du sein et de la prostate

8.1.2.11 Tableau des médicaments (Kuijpers, 2021)

Nom de la molécule	Voie d'administration	Posologie
Estradiol	Oral ou sublingual	2.0-6.0 mg/jour
Estradiol	Patch transdermique	0.0250-0.2 mg/jour
Estradiol cypionate	Intramusculaire	5 à 30 mg toutes les 2 semaines 2 à 10 mg une fois semaine
Spironolactone (anti-androgène)	Per os	100 à 300 mg/jour
Acétate de cyprotérone	Per os	10 mg/jour
Agoniste GNRH	Intramusculaire	7.50 mg une fois par mois

8.1.2.12 Surveillance hormonale des TGD sous œstrogènes

Recommandations	**Valeurs**
Évaluer tous les 3 mois pendant la première année et une à deux fois par an par la suite pour surveiller les changements physiques en réponse à l'œstrogène.	- Le taux de testostérone sérique doit être inférieur à 50 Ng/dl - Le taux d'œstradiol doit être de l'ordre de 100 à 200 Pg/ml
Surveiller le taux de potassium, la fonction rénale avec la créatinine et les électrolytes sériques en cas de prise de Spironolactone.	

8.1.2.13 *En rapport avec le chapitre : Chirurgie et soins post-opératoires*[60]

La chirurgie d'affirmation de genre est un moyen essentiel d'aligner le corps d'une personne sur son identité de genre. Ce chapitre s'adresse principalement aux chirurgiens et détaille les compétences requises pour la prise en charge des patient·e·s transgenres, en insistant sur l'importance de la formation continue, de la supervision documentée des procédures et de la pratique active dans les interventions d'affirmation de genre. Toutefois, comme ces aspects ne relèvent pas directement de la pratique infirmière, je ne les développerai pas davantage. Deux recommandations, adaptées aussi bien à une approche pluridisciplinaire qu'aux patient·e·s, sont néanmoins présentées ci-après.

Recommandations	**Interprétation**
« We suggest health care professionals consider gender-affirming genital procedures for eligible transgender and gender*	- Les chirurgies d'affirmation de genre peuvent être envisagées après 6 mois de traitement hormonal effectif

[60] Page S128

diverse adults seeking these interventions when there is evidence the individual has been stable on their current treatment regime (which may include at least 6 months of hormone treatment or a longer period if required to achieve the desired surgical result, unless hormone therapy is either not desired or is medically contraindicated).[61] »	minimum, sauf si celui-ci est contre-indiqué ou non désiré. - La personne doit stabiliser son parcours médical pour un résultat chirurgical optimal. - Le rôle infirmier consiste, entre autres, à contrôler l'observance et la tolérance du traitement, à préparer la personne au parcours opératoire (informations, soutien, etc.).
« *We recommend patients who regret their gender-related surgical intervention be managed by an expert multidisciplinary team*[62] »	En cas de regrets liés à l'intervention chirurgicale (que ce soit d'ordre psychologique, esthétique ou fonctionnel), il est recommandé de s'adresser à une équipe pluridisciplinaire compétente (chirurgien, psychologue, endocrinologue, infirmier·ère spécialisé·e, etc.). - L'infirmier·ère peut favoriser l'orientation vers le service ou la structure adaptée, apporter un soutien initial et collaborer au suivi post-opératoire.

Ce chapitre énonce toutes les chirurgies reconnues d'affirmation de genre. Je m' en suis servie de base pour mes recherches. Deux classements de chirurgies à prendre en compte , AMAB[63]et AFAB[64].

8.1.2.14 Tableau des chirurgies AMAB et AFAB

Énoncés parties du corps	**AMAB**	**AFAB**
Sourcils	↘ des sourcils	↗ des sourcils
Cheveux	Avancement de la ligne des cheveux et/ou greffe de cheveux	Avancement de la ligne des cheveux et/ou greffe de cheveux
Visage	Plastysmaplastie	Plastysmaplastie
Paupières	Lipofilling/ Blépharoplastie	Lipofilling/ Blépharoplastie
Nez	Rhinoplastie	Rhinoplastie
Joues	Implant	Implant
Lèvre	↗des lèvres supérieure et inférieure	↘ la lèvre supérieure
Mâchoire inférieure	↘ de l'angle mandibulaire	↗ de l'angle mandibulaire
Menton	Ostéoplastique	Alloplastie sur implant
Cordes vocales	Chondrolaryngoplastie	Chondrolaryngoplastie
Seins	Reconstruction mammaire/implants/expanseur musculaire	Mastectomie avec /sans conservation
Chirurgies génitales	Vaginoplastie (inversion, péritonéale, intestinale) : inclusion/non du pénis et/ou testicules	Phalloplastie : avec/sans scotoplastie, avec/sans allongement urétéral, avec/sans prothèse pénienne ou testiculaires, avec/sans colpectomie/colpocléisie

[61] Affirmation 13.6

[62] Affirmation 13.11

[63] AMAB « Assigned Male at Birth » traduit par « Assigné Homme à la naissance »

[64] AFAB « Assigneg Female at Birth » traduit par « Assignée Femme à la naissance »

	Vulvoplastie	Métoïdoplastie : avec/sans scotoplastie, avec/sans allongement urétéral, avec/sans prothèse pénienne ou testiculaires, avec/sans colpectomie/colpocléisie
	Orchidectomie	Hystérectomie/ Salpingo-ovarectomie
Fessier/Pectoral/hanche/mollet	Implants	Implants
Menton/visage/jambes/bras/dos	Électrolyses , épilation au laser	Électrolyses , épilation au laser
Seins	Tatouages aréoles seins	Tatouages aréoles seins
Transplantation	Utérus	Pénienne

8.1.2.15 Tableau des effets secondaires spécifiques chirurgies FTM[65] (Hembree & al., 2017) (Coleman & AL., 2020) (Mammectomie, 2024)

Interventions	**Effets secondaires spécifiques**
Plastysmaplastie[66] (Baker & al, 2020)	- La création d'un espace de décollement et la manipulation du muscle platysma peuvent favoriser la formation d'**hématomes** (accumulations de sang) ou de **sérome** (accumulations de liquide) dans la région opératoire. - Le cou peut présenter, après la cicatrisation, une **asymétrie** ou des irrégularités liées à une tension inégale du muscle platysma ou à une résorption inégale de l'œdème. - **Nerf grand auriculaire** ou d'autres branches sensitives superficielles du cou, pouvant entraîner des **troubles de la sensibilité** (hypoesthésie, paresthésie) autour de la zone opérée. - **Branche marginale du nerf facial** (moins fréquent), susceptible de provoquer une **faiblesse transitoire** ou **permanente** de la lèvre inférieure. - Selon la technique chirurgicale et la qualité de la peau, la cicatrisation peut entraîner **des cicatrices** plus apparentes, parfois **hypertrophiques ou chéloïdes.** - Si la Plastysmaplastie est trop "serrée", certaines patient·e·s peuvent ressentir une sensation de **gêne ou de tension** lors des **mouvements du cou**, voire parfois lors de la **déglutition** (gorge "tirée").
Alloplastie[67] sur implant	- **Rejet** de l'implant - **Perte de sensibilité** autour de la zone opérée - Dommage au niveau des nerfs avec **perte de sensation** et faiblesse musculaire dans la zone traitée
Chondrolaryngoplastie[68]	- Risque de **changement de la voix** - Risque **d'endommagement** des cordes vocales - Difficultés à la **déglutition** pendant la période de récupération

[65] FTM : Female to Male traduit par « Femme vers Homme »
[66] Voir glossaire : Plastysmaplastie
[67] Voir glossaire : Alloplastie
[68] Voir glossaire : Chondrolaryngoplastie

Mastectomie [69] avec /sans conservation/Torsoplastie[70]	- **Problème lymphatique** : le curage axillaire peut provoquer une accumulation de lymphe et un gonflement de l'aisselle - **Hématome, sérome** : Accumulation de sang ou de liquide sous la peau, nécessitant parfois une évacuation chirurgicale ou une ponction. - **Nécrose cutanée** : Manque d'apport sanguin à la peau ou aux tissus, plus fréquent si la tension cutanée est importante ou en présence de facteurs de risque (tabagisme, diabète, etc.). - **Raideur du bras**, faiblesse du bras et/ou de l'épaule avec une mobilité réduite du bras coté opéré - **Troubles de la sensibilité** de la face interne du bras, engourdissements, sensation de froid, de faiblesse ou de brûlures et picotements avec douleur chronique possible. - **Cicatrices étendues ou inesthétiques** : La Torsoplastie implique souvent des incisions longues et circonférentielles, susceptibles de donner lieu à des cicatrices visibles, hypertrophiques ou chéloïdes. - **Thrombose veineuse profonde** (TVP) et **embolie pulmonaire** (EP) : Risque lié à l'immobilisation postopératoire, à la durée de l'intervention et aux facteurs de risque du patient.
Phalloplastie [71] (Monstrey, 2011)	- **Nécrose partielle ou totale du lambeau** : Le lambeau prélevé peut subir un défaut de vascularisation (problème artériel, veineux ou microvasculaire), entraînant une perte totale ou partielle du tissu reconstruit. - **Thrombose de la veine céphalique** - **Ischémie artérielle** - **Hématome , sérome** : Accumulation de sang (hématome) ou de liquide séreux (sérome) dans la zone opérée, pouvant nécessiter un drainage ou une réintervention. - **Fistule urinaire** nécessitant une urétrostomie périnéale ou un traitement conservateur de 15 à 70% - **Contraintes urétérales** de 35 à 58% - **Incontinence urinaire** (très rare) - Sensibilité **tactile** et/ou érogène **limitée** - **Difficulté de la fonction orgasmique** : Dysfonctionnement mécanique de la prothèse (pour les implants gonflables ou semi-rigides). - **Infection** de la prothèse pénienne de 8 à 12%
Métoïdoplastie [72] (Morrison, 2016)	- **Complications urinaires** : - **Fistule urétrale** : formation d'un canal anormal entre l'urètre reconstruit et la peau ou un autre organe. - **Sténose urétrale** : rétrécissement de l'urètre, pouvant provoquer un flux urinaire réduit ou des infections urinaires récurrentes. - **Nécrose partielle ou totale** du lambeau ou du tissu : Bien que moins fréquente qu'en phalloplastie (du fait de la vascularisation directe via le ligament suspenseur et les artères clitoridiennes), une insuffisance de la vascularisation peut survenir. - Résultat **fonctionnel ou esthétique** insatisfaisant : - **Longueur** et **diamètre limités** du néopénis, **difficulté à uriner** debout, contour ou apparence ne correspondant pas aux attentes. - Possibilité de **retouches** chirurgicales pour améliorer l'esthétique, la position de l'urètre ou le confort. - **Douleurs neuropathiques** ou troubles de la sensibilité : Lésions nerveuses éventuelles pouvant occasionner douleurs, hypoesthésie (baisse de sensibilité) ou paresthésies.

[69] Voir glossaire : Mammectomie
[70] Voir glossaire : Torsoplastie
[71] Voir glossaire : Phalloplastie
[72] Voir glossaire : Métoïdoplastie

	- **Perte de la capacité à atteindre la miction debout** (selon la technique) : Toutes les techniques de métoïdoplastie ne garantissent pas la miction debout ; certaines complications (fistule, sténose) peuvent en compromettre la possibilité.
Hystérectomie[73] (Aydin, 2017)	- **Saignement excessif** peropératoire ou postopératoire ; peut nécessiter une transfusion - **Lésions d'organes adjacents** : Risque de blessure de la vessie, de l'uretère ou du rectum, selon la technique utilisée (voie basse, laparoscopique ou laparotomique). - **Douleurs et adhérences pelviennes** : Possibilité de formation d'adhérences postopératoires, pouvant causer des douleurs chroniques ou des troubles de la motilité intestinale. - **Complications urinaires** : Dysfonction urinaire, rétention, incontinence ou, plus rarement, fistules (vésico-utérines ou vésico-vaginales, si la vaginectomie est également réalisée). - **Formation de caillot** et risque de TVP et/ou d'embolie pulmonaire - **Impact sur la santé osseuse** (long terme) : Chez les patient·e·s transmasculin·e·s, l'hystérectomie s'accompagne souvent d'une ovariectomie (ablation des ovaires). La baisse ou l'absence d'œstrogènes endogènes, conjuguée à la prise de testostérone, peut nécessiter une surveillance accrue de la densité osseuse, pour prévenir l'ostéopénie ou l'ostéoporose à long terme. - **Conséquences psychologiques** : Bien que, dans la majorité des cas, l'hystérectomie fasse partie intégrante d'un parcours de transition souhaité, certaines personnes peuvent ressentir un stress préopératoire, un deuil symbolique ou des craintes liées à la fertilité. Un accompagnement psychologique approprié reste important.
Salpingo-ovarectomie[74]	- **Ménopause chirurgicale** par perte des œstrogènes soudaine - **Infertilité** : perte totale de la capacité de concevoir un enfant - **Impact sur la santé osseuse** (à long terme) : **Densité osseuse** : La suppression des œstrogènes endogènes (si ovariectomie concomitante) peut entraîner une diminution de la densité osseuse, augmentant le risque d'ostéopénie ou d'ostéoporose. Une surveillance et une supplémentation en calcium et vitamine D peuvent être nécessaires. - **Conséquences psychologiques** : - **Stress préopératoire** : Anxiété liée à l'intervention chirurgicale. - **Deuil symbolique** : Perte de l'utérus et des ovaires pouvant entraîner des sentiments de tristesse ou de deuil. - **Impact sur la fertilité** : Irréversibilité de la perte de la fertilité, nécessitant une discussion approfondie avant l'intervention.
Électrolyses[75]	- **Rougeurs**, gonflements - **Formation de cicatrices** - **Changement de pigmentation** de la peau : hyperpigmentation/hypopigmentation
Épilation au laser	- **Rougeurs**, gonflements - **Formation de cicatrices** - **Changement de pigmentation** de la peau : hyperpigmentation/hypopigmentation - **Brûlure cutanée** - **Repousse paradoxale** : apparition de poils longs et fins sur la zone traitée

[73] Voir glossaire : Hystérectomie

[74] Voir glossaire : Salpingo-ovarectomie

[75] Voir glossaire : électrolyse

Transplantation pénienne	- Risque de **rejet de la greffe** nécessitant un traitement de médicaments immunosuppresseurs pour prévenir du rejet - **Caillots** de sang /TVP/EP[76] - Possibilité de **dommages des nerfs** avec affectation de la fonction du pénis - **Nécrose du lambeau** par insuffisance de vascularisation - **Sténose urétrale** avec rétrécissement de l'urètre et difficultés à uriner - **Fistules urinaires /réinterventions**

8.1.2.16 *Tableau des effets secondaires spécifiques chirurgies MTF[77]*

Interventions	Effets secondaires spécifiques
Vaginoplastie[78]	- **Saignement excessif** en post opératoire - **Formation de tissus de granulation** - **Croissance intra vaginale de cheveux** - **Sténose introïtale** - **Fistule urinaire**, recto-vaginales - **Infection urinaire** - **Sténose vaginale** : rétrécissement du néo vagin pouvant entrainer des difficultés lors des rapports sexuels - **Dilatations vaginales** indispensables pour maintenir l'ouverture et la profondeur du vagin avec des dilatateurs vaginaux en silicone et lubrifiant. Elles doivent être effectuées plusieurs fois par jour en post opératoire et pendant les premières semaines après la chirurgie. Sur du long terme, elles sont réduites à quelques fois semaines mais reste une routine régulière pour éviter la fermeture du néo vagin - **Problème de cicatrisation** avec réintervention possible - **12 semaines** avant que le néo vagin soit sensible et opérationnel . Utiliser du lubrifiant cat pas de sécrétions naturelles de lubrification. - **Dysfonction du plancher** pelvien de 30 à 40%
Vulvoplastie[79]	- **Nécrose** des tissus - **Asymétrie** dans le résultat et réintervention parfois nécessaire
Orchidectomie[80]	- **Hématome** - **Dommage** des **nerfs**, perte de sensation - **Suppression de la production de testostérone** provoquant des bouffées de chaleur, des changements d'humeur et une diminution de la libido - **Infertilité** plus de possibilité de concevoir des enfants biologiquement
Reconstruction mammaire/implants/expanseur musculaire	- **Rejet** de l'implant - Formation de **sérome** post opératoire - Atteinte nerveuse avec perte de sensation ou faiblesse musculaire - Rupture de l'implant/fuite - Rupture de l'expanseur : retrait et remplacement - Déplacement de l'expanseur : résultat final pas optimal

[76] Voir liste abréviations : EP

[77] MTF : Male to Female traduit par « Homme vers Femme »

[78] Voir glossaire : vaginoplastie

[79] Voir glossaire : Vulvoplastie

[80] Voir glossaire : Orchidectomie

8.1.2.17 Tableau des Taux de Satisfaction et de Regret par Type de Chirurgie[81]

Type de Chirurgie	Satisfaction Générale (%)	Satisfaction Fonction Sexuelle (%)	**Fonction Urinaire (Urinent debout %) **	Taux de Regret (%)
Chirurgie Thoracique/Supérieure	Non spécifié	Non spécifié	Non applicable	0,3 - 3,8
Vaginoplastie	78 - 100	75 - 100	Non applicable	0 - 8
Métaoidioplastie	83 - 100	77 - 95	75 - 100	Non spécifié
Phalloplastie	83 - 100	77 - 95	75 - 100	Non spécifié
Chirurgies Faciales	72 - 100	Non applicable	Non applicable	Non spécifié

8.1.2.18 *En rapport avec le chapitre : soins primaires [82]*

Les soins de santé primaires sont définis par l'Institut de Médecine en 1996 comme « la fourniture de services de santé intégrés et accessibles par des professionnels de santé responsables de répondre à la grande majorité des besoins de soins personnels, en développant un partenariat durable avec les patients et en pratiquant dans le contexte familial et communautaire ». Les fournisseurs de soins primaires comprennent les médecins généralistes, les infirmières praticiennes, les infirmières en pratique avancée, les assistants médicaux et les internistes.

Recommandations	Interprétation
« *We recommend health care professionals obtain a detailed medical history from transgender and gender diverse people that includes past and present use of hormones, gonadal surgeries, as well as the presence of traditional cardiovascular and cerebrovascular risk factors with the aim of providing regular cardiovascular risk assessment according to established, locally used guidelines*. »[83]	Il est recommandé de documenter précisément l'utilisation passée ou actuelle d'hormones, les chirurgies (ex. orchiéctomie, ovariectomie, etc.) et tout facteur de risque (tabagisme, HTA, diabète, etc.). - L'infirmier·ère peut participer à cette anamnèse approfondie, vérifier la mise à jour du dossier, et être attentif·ve aux comorbidités potentielles.
« *We recommend health care professionals assess and manage cardiovascular health in transgender and gender diverse people using a tailored risk factor assessment and cardiovascular/cerebrovascular management methods*. »[84]	- Les professionnel·le·s de santé procèdent à une évaluation personnalisée du risque cardiovasculaire (prise de tension artérielle, bilan lipidique, etc.). - Le rôle infirmier inclut la surveillance (signes d'insuffisance cardiaque, suivi de l'IMC, etc.) et l'éducation (régime, activité physique, observance thérapeutique).
« *We recommend health care professionals tailor sex-based risk calculators used for assessing medical conditions to the needs of transgender and gender diverse people, taking into consideration the length of hormone use, dosing, serum hormone levels, current age, and the age at which hormone therapy was initiated*. »[85]	- Les outils d'évaluation (ex. score de risque cardiovasculaire) doivent être ajustés en tenant compte de la durée du traitement hormonal, du dosage, de l'âge, etc. - L'équipe soignante (dont l'infirmier·ère) doit connaître ces adaptations pour éviter la sous- ou surestimation du risque. - Les maladies cardiovasculaires et les accidents vasculaires cérébraux sont les principales causes de mortalité dans le monde (santé, 2021) *« …17,9 millions de personnes sont mortes de maladies cardiovasculaires en 2019, soit 32 % de tous les décès dans le monde. Parmi ces décès, 85 % étaient dus aux infarctus du myocarde ou aux accidents vasculaires cérébraux (AVC)… »*

[81] Voir chapitre 13 : Chirurgie et soins post-opératoires (Coleman & AL., 2020)

[82] Voir chapitre 15 : Soins primaires

[83] Affirmation 15.1

[84] Affirmation 15.2

[85] Affirmation 15.3

« We recommend health care professionals counsel transgender and gender diverse people about their tobacco use and advise tobacco/nicotine abstinence prior to gender-affirming surgery. »[86]	- Le conseil de l'abstinence de tabac /nicotine doit être donné avant une chirurgie d'affirmation de genre. Le tabagisme est l'un des principaux facteurs des maladies cardiovasculaires, pulmonaires et cancéreuses dans le monde entier (santé, 2021). Les personnes TGD ont une prévalence plus élevée de tabagisme que les personnes cisgenres, qui varie selon le spectre de genre (Azagba, 2019). Le tabagisme peut encore augmenter le risque cardiovasculaire et de TVP chez les TGD prenant des hormones féminisantes. Il double ou triple le risque de complications chirurgicales générales, telle que la cicatrisation des plaies, les cicatrices et les infections et augmente ces risques chez les TGD lors de chirurgies d'affirmation de genre.
« We recommend health care professionals follow local breast cancer screening guidelines developed for cisgender women in their care of transgender and gender diverse people who have received estrogens, taking into consideration the length of time of hormone use, dosing, current age, and the age at which hormones were initiated. »[87]	- Pour les personnes TGD ayant reçu des œstrogènes, appliquer les mêmes recommandations de mammographie que pour les femmes cisgenres (en tenant compte de l'âge, de la posologie et de la durée du traitement). - L'infirmier·ère peut coordonner les examens de dépistage, rappeler les rendez-vous, et sensibiliser sur l'autopalpation et les symptômes d'alerte.
« *We recommend health care professionals apply the same respective local screening guidelines (including the recommendation not to screen) developed for cisgender women at average and elevated risk for developing ovarian or endometrial cancer in their care of transgender and gender diverse people who have the same risks*. »[88]	- Les recommandations destinées aux femmes cisgenres (risque moyen ou élevé) s'appliquent également aux patient·e·s TGD portant toujours des ovaires ou un utérus. - Nécessité de bien identifier les organes présents pour proposer le dépistage adapté (ex. échographie, examen gynécologique…). - L'infirmier·ère informe, planifie, oriente vers un gynécologue si besoin.
« *We recommend health care professionals offer cervical cancer screening to transgender and gender diverse people who currently have or previously had a cervix following local guidelines for cisgender women. »*[89]	- Les patient·e·s TGD ayant encore un col de l'utérus ou l'ayant eu (si chirurgie partielle) doivent bénéficier du même dépistage (frottis, HPV testing) que les femmes cisgenres, selon les guides locaux. - Inclure la vaccination HPV et le co-test cytologique HPV si disponible. - L'infirmier·ère peut réaliser le frottis, assurer l'éducation sur la prévention (condoms, vaccination, etc.).
« *We recommend health care professionals counsel transgender and gender diverse people that the use of antiretroviral medications is not a contraindication to gender-affirming hormone therapy*. »[90]	- La prise d'un traitement antirétroviral (VIH) n'empêche pas de recevoir une hormonothérapie. Il faudra toutefois adapter éventuellement les dosages ou faire un suivi plus poussé. - L'infirmier·ère peut aider à coordonner le suivi entre infectiologie et endocrinologie, vérifier la bonne adhésion à l'ensemble des traitements.
« We recommend health care professionals obtain a detailed medical history from transgender and gender diverse people that includes past and present use of hormones, gonadal surgeries as well as the presence of traditional osteoporosis risk factors to assess the	- Les TGD, notamment celles/ceux ayant subi des gonadectomies ou ayant un faible taux d'hormones pendant longtemps, peuvent présenter un risque accru d'ostéoporose.

[86] Affirmation 15.4
[87] Affirmation 15.6
[88] Affirmation 15.8
[89] Affirmation 15.10
[90] Affirmation 15.11

optimal age and necessity for osteoporosis screening. »[91]	- Vérifier les facteurs de risque (âge, antécédents familiaux, IMC faible, tabagisme, etc.) et définir l'âge optimal de dépistage (ostéodensitométrie). - Rôle infirmier : sensibiliser, orienter pour une densitométrie osseuse si nécessaire.
« *We recommend health care professionals discuss bone health with transgender and gender diverse people including the need for active weight bearing exercise, healthy diet, calcium, and vitamin D supplementation*. »[92]	- Les personnes TGD doivent être informées de l'importance de l'activité physique (exercices avec mise en charge), d'une alimentation équilibrée, et d'une supplémentation en calcium/vitamine D si nécessaire. - L'infirmier·ère peut réaliser une éducation sur la prévention de l'ostéoporose : fiches explicatives, conseils pratiques, etc.

8.1.2.19 *En rapport avec le chapitre : Soins primaires*[93]

L'**UNFPA** (UNFPA, 2025) déclare que « *tous les êtres humains, y compris les personnes transgenres, ont le droit reproductif de décider d'avoir ou non des enfants* ». Les traitements d'affirmation de genre et les interventions chirurgicales modifiant l'anatomie ou la fonction reproductive peuvent, à divers degrés, **limiter les capacités** reproductives futures.

Chez une personne transgenre assignée femme à la naissance et sous hormonothérapie d'affirmation de genre (GAHT), ces traitements peuvent avoir un **impact négatif** sur sa capacité de reproduction future. Les hormones masculines influencent la maturation des gamètes sans toutefois causer de dommages permanents aux fonctions gonadiques. En effet, la restauration de la fonction ovarienne normale et la **maturation des ovocytes** après l'arrêt de la prise de testostérone ont été observées chez les hommes transgenres ayant conçu naturellement. Cependant, il n'existe pas encore d'études prospectives évaluant les effets à long terme de l'hormonothérapie sur la reproduction.

La cryoconservation du tissu ovarien peut être réalisée lors d'une ovariectomie et doit être envisagée, tout comme la maturation in vitro des follicules primordiaux, bien que cette dernière demeure expérimentale.

Pour les personnes transgenres assignées homme à la naissance sous GAHT, **la spermatogenèse** est **inhibée**. À l'arrêt des hormones féminines, une reprise de la spermatogenèse est observée, mais cela peut prendre de moins de trois mois à une période plus longue. De plus, les volumes testiculaires diminuent sous GAHT et la qualité du sperme peut être affectée négativement par la masturbation en raison de la compression des organes génitaux par des vêtements serrés. Il est donc recommandé de discuter de la cryoconservation des spermatozoïdes avant de débuter la GAHT.[94]

Recommandations	**Interprétation**
« *We recommend health care professionals who are treating transgender and gender diverse people and prescribing or referring patients for hormone therapies/surgeries advise their patients about:* *Known effects of hormone therapies/surgery on future fertility; Potential effects of therapies that are not well studied and are of unknown reversibility;Fertility preservation (FP) options (both established and experimental);Psychosocial implications of infertility*. »[95]	<u>Expliquer de manière claire et adaptée</u> : - Les effets potentiellement irréversibles ou partiellement réversibles des hormones sur la fertilité. - Les options de préservation de la fertilité (cryoconservation de spermatozoïdes, d'ovocytes ou de tissus gonadiques). - Les implications psychologiques d'une éventuelle infertilité. - L'infirmier·ère peut participer à l'éducation des patient·e·s, donner des brochures, orienter vers des spécialistes (urologue, gynécologue, etc.).

[91] Affirmation 15.12

[92] Affirmation 15.13

[93] Voir chapitre 15 : Soins primaires

[94] Chapitre 16 : Santé reproductive

[95] Affirmation 16.1,16.1a,16.1-b,16.1-c,16.1-d

« *We recommend transgender and gender diverse people with a uterus who wish to carry a pregnancy undergo preconception care, prenatal counseling regarding use and cessation of gender-affirming hormones, pregnancy care, labor and delivery, chest/breast feeding supportive services, and postpartum support according to local standards of care in a gender-affirming way.* »[96]	- Les personnes transgenres assignées femme à la naissance (AFAB) ou toute autre personne TGD conservant un utérus peuvent porter une grossesse. <u>Prévoir :</u> - Préconception : arrêt ou adaptation de l'hormonothérapie (ex. testostérone) et bilan de santé. - Suivi prénatal adapté (évaluation médicale, conseils nutritionnels…). - Accouchement, puis soutien postpartum (y compris si tentative d'allaitement). - L'infirmier·ère (et l'équipe) veille à un accompagnement inclusif, sans stigmatisation.
« *We recommend medical providers discuss contraception methods with transgender and gender diverse people who engage in sexual activity that can result in pregnancy*. »[97]	- Identifier la capacité reproductive de la personne TGD (organes présents, prise hormonale, etc.). <u>Proposer les mêmes choix de contraception que pour les personnes cisgenres, en tenant compte des spécificités</u> : - Contraceptifs hormonaux (combinés ou progestatifs seuls) pour TGD AFAB. - Méthodes barrières (préservatifs externes/internes, DIU…) - Stérilisation (vasectomie, orchidectomie) si souhaitée et adaptée. - L'infirmier·ère peut informer des risques, modes d'utilisation, effets secondaires, et organiser le suivi ou l'orientation (planning familial, etc.).
« *We recommend providers who offer pregnancy termination services ensure procedural options are gender-affirming and serve transgender people and those of diverse genders.* »[98]	<u>Les structures pratiquant l'IVG doivent s'assurer :</u> - Respect de l'identité de genre (documentation administrative, accueil sans jugement…). - Accessibilité des procédures (information claire, personnel formé). - Collaboration avec l'équipe pluridisciplinaire pour le soutien psycho-social si nécessaire. - L'infirmier·ère assure un rôle pivot dans l'accueil, le suivi (pré- et postopératoire), et l'accompagnement émotionnel, tout en maintenant une approche inclusive.

[96] Affirmation 16.5

[97] Affirmation 16.6

[98] Affirmation 16.7

8.1.2.20 *En rapport avec le chapitre : Santé sexuelle*[99]

L'Organisation mondiale de la Santé (Organization, 2006) définit la santé sexuelle comme « *un état de bien-être physique, mental et social en lien avec la sexualité, qui ne se réduit pas seulement à l'absence de maladie, de dysfonctionnement ou d'infirmité. La santé sexuelle représente une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité de vivre des expériences sexuelles agréables et sécurisées, exemptes de coercition, de discrimination et de violence. Pour assurer et protéger la santé sexuelle, il est essentiel que les droits sexuels de toutes les personnes soient respectés, protégés et appliqués* ». L'OMS insiste sur le fait que la santé sexuelle dépend du respect des droits sexuels de chacun, incluant le droit d'exprimer diverses sexualités et d'être traité avec dignité dans un environnement sûr, à l'abri de toute forme de discrimination et de violence.

Recommandations	**Interprétation**
« *We recommend health care professionals who provide care to transgender and gender diverse people acquire the knowledge and skills needed to address sexual health issues (relevant to their care provision)* »[100]	- Les professionnel·le·s de santé doivent maîtriser la terminologie et être à l'aise pour questionner les patient·e·s sur leurs pratiques sexuelles en se focalisant sur les parties du corps utilisées (ex. « Avez-vous des rapports sexuels avec des personnes ayant un pénis, un vagin ou les deux ? »). - Il est aussi recommandé de questionner le rôle (ex. pénétrant / pénétré) pour mieux cibler les risques et les dépistages nécessaires. - L'infirmier·ère peut créer un espace de confiance et de respect pour évoquer sans tabou la sexualité.
« *We recommend health care professionals who provide care to transgender and gender diverse people counsel adolescents and adults regarding prevention of sexually transmitted infections*. »[101]	- Sensibiliser aux moyens de protection (préservatifs internes/externes, dépistage régulier, vaccination HPV, etc.). - Prendre en compte la diversité des pratiques sexuelles et l'impact des éventuelles chirurgies d'affirmation de genre (néo-vagin, métoïdoplastie, etc.) sur les sites potentiels d'infection. - L'infirmier·ère peut fournir des informations personnalisées, distribuer de la documentation, orienter vers des associations ou centres spécialisés.
« *We recommend health care professionals who provide care to transgender and gender diverse people follow local and World Health Organization guidelines for human immunodeficiency virus/sexual transmitted infections (HIV/STIs) screening, prevention, and treatment*. »	- Proposer un dépistage adapté (fréquence, sites de prélèvement) en tenant compte du type d'exposition (rapport oro-génital, ano-génital, etc.). - Les TGD ayant des rapports sexuels avec des hommes cisgenres sont considérées comme population clé à risque VIH selon l'OMS et peuvent nécessiter un dépistage plus fréquent. - Le rôle infirmier inclut la réalisation ou la coordination des tests de dépistage (VIH, hépatites, etc.), le conseil (PrEP, TPE) et l'information sur les conduites à tenir.
« *We recommend health care professionals who provide care to transgender and gender diverse people follow local and World Health Organization guidelines for human immunodeficiency virus/sexual transmitted infections (HIV/STIs) screening, prevention, and treatment*. »	- Les techniques de vaginoplastie (inversion pénienne, utilisation de muqueuse buccale ou urétrale, lambeau péritonéal, etc.) peuvent modifier la susceptibilité à certaines IST (Chlamydia, gonorrhée, etc.). - Chez les personnes transmasculines, la présence ou non du col de l'utérus (après métoïdoplastie, hystérectomie partielle…) influence les sites à dépister. - L'infirmier·ère doit connaître ces variations anatomiques pour aider à planifier des écouvillonnages ou tests adéquats (néo-vagin, col résiduel, etc.).

[99] En rapport avec le chapitre 17 : Santé sexuelle

[100] Affirmation 17.1

[101] Affirmation 17.6

L'Organisation mondiale de la Santé (Unies, 2025) émet des recommandations mondiales préconisant un dépistage plus fréquent pour les personnes transgenres et de genre divers (TGD) ayant des rapports sexuels avec des hommes cisgenres, considérées comme une population clé affectée par le VIH. Les chirurgies génitales et les techniques d'affirmation de genre influencent les risques d'infections sexuellement transmissibles (IST) et les besoins en dépistage, comme l'indiquent les récentes directives des Centers for Disease Control and Prevention (CDC) des États-Unis (Workowski, 2021).

Les personnes transféminines ayant subi une vaginoplastie par inversion pénienne, utilisant uniquement la peau du pénis et du scrotum pour tapisser le canal vaginal, présentent probablement un risque réduit d'infections urogénitales par Chlamydia trachomatis et Neisseria gonorrhoeae. En revanche, les nouvelles techniques chirurgicales incorporant des lambeaux de muqueuse buccale, urétrale ou péritonéale pourraient augmenter la susceptibilité aux IST bactériennes comparativement à l'utilisation exclusive de la peau du pénis ou du scrotum (Van Gerwen & al, 2021) Il est recommandé de procéder à un dépistage systématique des IST du néo-vagin en cas d'exposition pour toutes les personnes transféminines ayant subi une vaginoplastie (Workowski & al, 2021) De plus, pour les personnes transmasculines ayant subi une métoïdoplastie avec allongement de l'urètre, mais sans vaginectomie, le dépistage des IST urogénitales bactériennes doit inclure un écouvillonnage cervical, car les infections peuvent ne pas être détectées uniquement dans l'urine (Workowski & al, 2021)

8.1.2.21 *En rapport avec le chapitre : Santé mentale*[102]

Certaines études ont révélé une prévalence plus élevée à la dépression (Witcomb & al, 2018), l'anxiété (Bouman & al, 2017) et à la suicidalité (Arcelus & al, 2016) chez les TGD que dans la population générale. Cependant, l'identité transgenre n'est pas une maladie mentale. Ces taux élevés sont principalement attribués à des traumatismes complexes, à la stigmatisation sociale, à la violence et à la discrimination subies par ces individus (Nuttbrock & al). De plus les symptômes psycho-psychiatriques tendent à s'atténuer grâce aux soins médicaux et chirurgicaux d'affirmation de genre (Aldridge & al, 2020).

Recommandations	**Interprétation**
« *We recommend health care professionals assess the need for psychosocial and practical support of transgender and gender diverse people in the perioperative period surrounding gender- affirmation surgery*. »[103]	- Avant et après la chirurgie d'affirmation de genre, il est essentiel d'évaluer la situation sociale, familiale et psychologique de la personne (logement stable, entourage, emploi, etc.). - Aider à anticiper d'éventuelles complications médicales ou difficultés post-opératoires (accompagnement, suivi des soins…). - Le personnel infirmier peut faciliter la coordination (avec un(e) assistant(e) social(e), un psychologue, etc.), et orienter vers les ressources d'aide appropriées (logement, soutien familial, etc.).
« *We recommend health care professionals counsel and assist transgender and gender diverse people in becoming abstinent from tobacco/nicotine prior to gender-affirmation surgery.* »[104]	Il est recommandé de conseiller et d'aider les TGD à s'abstenir de fumer ou de consommer de la nicotine avant de subir une chirurgie d'affirmation de genre. Les fumeurs présentent un risque plus élevé de nécrose cutanée , de retard de cicatrisation des plaies et de troubles cicatriciels dus à l'hypoxie et l'ischémie tissulaire (Pluvy, 2015). La population TGD ont des taux plus élevés de consommation de tabac et de nicotine (Kidd, 2018). - L'équipe soignante (infirmier·ère, médecin…) joue un rôle clé de prévention et de soutien : proposer des programmes de sevrage, des substituts nicotiniques, etc. - Expliquer clairement l'importance d'arrêter au moins quelques semaines avant l'opération pour réduire les risques anesthésiques et post-opératoires.
« *We recommend health care professionals ensure if transgender and gender diverse people need in-patient or residential mental health, substance abuse*	Lors d'une hospitalisation ou d'un séjour en structure résidentielle (santé mentale, désintoxication, etc.), tous les

[102] En rapport avec le chapitre 18 : Santé mentale

[103] Affirmation 18.4

[104] Affirmation 18.5

or medical care, all staff use the correct name and pronouns (as provided by the patient), as well as provide access to bathroom and sleeping arrangements that are aligned with the person's gender identity. »[105]	soignant·e·s doivent employer le prénom et les pronoms choisis par la personne. - Accès à des toilettes et chambres conformes à l'identité de genre, évitant ainsi la transphobie institutionnelle et l'évitement des soins. - L'infirmier·ère peut sensibiliser l'équipe, signaler toute discrimination et veiller à ce que la personne se sente en sécurité. Les expériences de discrimination dans les établissements de santé conduisent à l'évitement des soins nécessaires en raison d'une discrimination anticipée (Kcomt, 2020).Pour réussir à fournir des soins, les établissements de santé doivent minimiser les dommages causés aux patients en raison de la transphobie en respectant et en adaptant les identités TGD.
« We recommend health care professionals should not make it mandatory for transgender and gender diverse people to undergo psychotherapy prior to the initiation of gender-affirming treatment, while acknowledging psychotherapy may be helpful for some transgender and gender diverse people. »[106]	Pas d'obligation de suivre une psychothérapie avant de commencer l'hormonothérapie ou la chirurgie d'affirmation de genre. - Reconnaître néanmoins que la psychothérapie peut être bénéfique pour certaines personnes (gestion de la dysphorie, de l'anxiété, du soutien familial…). - L'équipe soignante peut proposer (mais pas imposer) une orientation vers un(e) psychologue ou un psychiatre spécialisé.
« We recommend "reparative" and "conversion" therapy aimed at trying to change a person's gender identity and lived gender expression to become more congruent with the sex assigned at birth should not be offered. »[107]	- Les thérapies cherchant à modifier l'identité de genre pour la rendre congruente au sexe assigné à la naissance sont formellement contre-indiquées. - L'infirmier·ère et l'équipe soignante doivent avoir conscience que de telles pratiques sont nocives et contraires à l'éthique et aux recommandations internationales. - En cas de demande d'un proche ou si un·e patient·e rapporte avoir subi de telles pratiques, informer et orienter vers des ressources de soutien psychologique appropriées.

9 QUESTION DE RECHERCHE

À travers ce travail, je souhaite explorer les conséquences de cette absence de formation et étudier les pistes d'amélioration potentielles. Ceci m'amène à formuler la question de recherche suivante :

« *Quel impact l'absence de formation spécifique sur les soins aux patients transgenres pour les infirmiers non spécialisés a-t-elle sur la qualité des soins et la sécurité des patients transgenres, et quelles améliorations pourraient être envisagées à travers l'intégration de modules de formation dédiés dans les cursus infirmiers ?* »

10 HYPOTHÈSE DE RECHERCHE

J'ai formulé une hypothèse de recherche : ***« L'intégration d'une formation spécifique sur les soins aux personnes transgenres dans les cursus infirmiers pourrait améliorer la qualité de la relation soignant-soigné et potentiellement réduire les risques perçus par les patients transgenres."***

[105] Affirmation 18.7

[106] Affirmation 18.9

[107] Affirmation 18.10

11 OBJECTIFS

Dans l'optique d'améliorer la prise en charge des personnes transgenres en milieu hospitalier, il est essentiel de définir clairement mes objectifs. Ainsi, je présente ci-après les objectifs globaux et spécifiques, retravaillés sous la forme SMART[108], afin de garantir leur pertinence, leur faisabilité et leur mesurabilité.

11.1 GÉNÉRAUX

« Améliorer la prise en charge des personnes transgenres en milieu hospitalier en mettant en lumière les perceptions et les besoins de cette population, et en proposant des pistes de formation adaptées pour des soins infirmiers inclusifs. »

11.2 SPÉCIFIQUES

11.2.1 « Recueillir les perceptions des patients transgenres concernant la compétence des infirmiers non spécialisés via un questionnaire Google Forms diffusé sur les réseaux sociaux , via un site internet dédié et à l'aide d'affiches et de cartes de visites. »

11.2.2 « Évaluer le niveau de connaissances et de compétences des infirmiers non spécialisés en matière de soins aux personnes transgenres à travers un questionnaire en ligne via Google Forms diffusé sur les réseaux sociaux , via un site internet dédié et à l'aide d'affiches et de cartes de visites. »

11.2.3 « Analyser les résultats des deux questionnaires (patients et infirmiers) pour identifier des thèmes récurrents concernant la qualité des soins, la sécurité perçue et les besoins de formation. »

11.2.4 « Créer un site internet dédié à la diffusion des résultats de l'étude, en y intégrant à la fois les analyses des données, les recommandations, ainsi que des ressources scientifiques et informatives pour les soignants et les patients transgenres. »

11.3 SECONDAIRES

11.3.1 « Sensibiliser le personnel infirmier non spécialisé sur le sujet de la transidentité à l'intérêt de se former pour garantir la sécurité et l'inclusivité pour s'adapter à l'évolution sociétale. »

11.3.2 « Augmenter le nombre de praticien.ne.s « SAFE » » pour les personnes transgenres. »

12 MÉTHODOLOGIE

12.1 MÉTHODOLOGIE DE RECHERCHE

12.1.1 Introduction

Cette section présente la méthodologie adoptée pour mener à bien mon travail de fin d'études (TFE) intitulé :

« ***Quel impact l'absence de formation spécifique sur les soins aux patients transgenres pour les infirmiers non spécialisés a-t-elle sur la qualité des soins et la sécurité des patients transgenres, et quelles améliorations pourraient être envisagées à travers l'intégration de modules de formation dédiés dans les cursus infirmiers ?*** ».

12.1.2 Type de recherche

J'ai opté pour une **approche mixte** combinant des méthodes quantitatives et qualitatives. Cette approche permet de recueillir des données chiffrées via des questionnaires en ligne tout en obtenant des informations plus approfondies grâce aux questions ouvertes intégrées dans les questionnaires. La triangulation des données quantitatives et qualitatives vise à obtenir une compréhension exhaustive des perceptions et des expériences des participants.

[108] Voir liste abréviations : SMART

12.2 POPULATION ET ÉCHANTILLONNAGE

12.2.1 Population cible

Les questionnaires ont été conçus pour deux populations cibles distinctes :

1. **Infirmier·ère·s non spécialisé·e·s** : Il s'agit de professionnel·le·s de santé exerçant dans des environnements hospitaliers ou extrahospitaliers, sans avoir suivi de formation spécifique relative aux soins des personnes transgenres.
2. **Patient·e·s transgenres** : Cette catégorie regroupe des personnes s'identifiant comme transgenres, ayant eu recours à des soins infirmiers dans des contextes hospitaliers ou extrahospitaliers.

12.2.2 Méthode d'échantillonnage

Un échantillonnage non probabiliste par quotas a été utilisé pour assurer une représentativité équilibrée des deux groupes étudiés.

1. **Recrutement des participant·e·s :**
   - Via les réseaux sociaux tels que Facebook et Instagram.
   - En collaboration avec des associations LGBTQ+ : Prisme, MAC Liège et Verviers, Pratiq.
   - Grâce à des partenariats institutionnels, incluant l'IPEFA SUP Liège et le Dr Ouafik, actif au sein du planning familial et de son cabinet privé.
2. **Taille de l'échantillon :**
   - 103 infirmier·ère·s non spécialisé·e·s : Ce nombre garantit une analyse statistique fiable des connaissances, des compétences et des perceptions des soignant·e·s.
   - 40 patient·e·s transgenres : Cet échantillon permet de recueillir des données pertinentes et fiables sur leur expérience des soins infirmiers en milieu hospitalier ou extrahospitalier.
3. **Justification de l'échantillon :**
   - Adaptation aux ressources disponibles.
   - Taille suffisamment représentative pour dégager des tendances solides tout en facilitant une analyse qualitative approfondie.

Cette méthodologie assure une approche **rigoureuse et équilibrée**, favorisant une compréhension croisée entre les perceptions des soignant·e·s et des patient·e·s transgenres, et identifiant ainsi des axes d'amélioration ciblés.

12.3 OUTIL DE COLLECTE DES DONNÉES

12.3.1 Elaboration des questionnaires

Pour recueillir des données précises et nuancées, j'ai conçu des questionnaires combinant questions fermées et questions ouvertes, destinés à deux groupes cibles : les patient·e·s transgenres et les infirmier·ère·s non spécialisé·e·s. Je me suis basée sur la littérature pour être pertinente et cibler les différentes problématiques.

12.3.2 Questionnaire destiné aux patient·e·s transgenres[109]

La méthodologie utilisée dans le cadre de ce questionnaire, diffusé via **Google Forms**, comprenant un total de **27 questions**, est spécifiquement conçue pour recueillir les **expériences** des patient·e·s transgenres vis-à-vis des soins infirmiers reçus, en mettant l'accent sur leur **ressenti personnel**, **leur sécurité** et la présence éventuelle de **discriminations**.

La structure du questionnaire combine deux approches complémentaires afin d'obtenir des données exhaustives et nuancées.

Premièrement, les **questions fermées** visent à objectiver et quantifier les perceptions des patient·e·s concernant leur expérience générale des soins infirmiers, leur appréciation de la compétence des infirmier·ère·s non spécialisé·e·s, ainsi que leur niveau global de satisfaction. Ces éléments sont évalués à l'aide d'échelles de Likert, permettant ainsi de mesurer avec précision les ressentis en termes de sécurité et d'éventuelles discriminations vécues dans le contexte des soins.

Deuxièmement, les **questions ouvertes** offrent aux participant·e·s l'occasion d'exprimer de manière détaillée et qualitative leurs vécus individuels, en partageant notamment des récits spécifiques d'expériences, qu'elles soient positives ou négatives, avec le personnel infirmier. De plus, les répondant·e·s sont invité·e·s à formuler librement leurs

[109] Annexe 6 : Google Forms : Enquête personnes transgenres

suggestions visant à améliorer la qualité et l'inclusivité de la prise en charge, favorisant ainsi un environnement plus respectueux et adapté à leurs besoins particuliers.

Il convient de souligner que toutes les réponses aux questions ouvertes sont facultatives, garantissant ainsi que chaque participant·e puisse décider librement et sans contrainte du niveau de détail qu'il ou elle souhaite partager concernant son expérience personnelle.

12.3.3 **Questionnaire destiné aux infirmier·ère·s non spécialisé·e·s**[110]

La méthodologie utilisée dans le cadre de ce questionnaire infirmier, diffusé via **Google Forms**, comprenant un total de **27 questions**, est spécifiquement élaborée pour mesurer les **connaissances**, **les pratiques** et **les attitudes** des infirmier·ère·s vis-à-vis des soins apportés aux patient·e·s transgenres, et pour identifier **des pistes d'amélioration en termes de formation et de pratiques inclusives.**

La structure du questionnaire combine deux approches complémentaires afin d'obtenir des données exhaustives et exploitables.

Premièrement, les **questions fermées** sont destinées à mesurer précisément le niveau de connaissances des infirmier·ère·s sur les soins aux personnes transgenres, ainsi qu'à identifier les formations spécifiques reçues ou à pointer l'absence éventuelle de formation dans ce domaine. Ces questions évaluent également les attitudes personnelles et les pratiques cliniques actuelles adoptées par les infirmier·ère·s à l'égard des patient·e·s transgenres.

Deuxièmement, les **questions ouvertes** permettent aux infirmier·ère·s de s'exprimer librement et qualitativement sur leurs expériences personnelles lors de la prise en charge des patient·e·s transgenres. De plus, elles visent à recueillir des propositions concrètes susceptibles d'améliorer la formation infirmière et de favoriser le développement de soins plus inclusifs et adaptés aux besoins spécifiques des patient·e·s transgenres.

Toutes les réponses aux questions ouvertes sont facultatives, laissant ainsi à chaque répondant·e la liberté de partager ses expériences et suggestions sans contrainte.

12.3.4 **Un cadre méthodologique garantissant :**

1. Une analyse **quantitative** grâce aux questions fermées, permettant d'identifier des tendances globales.
2. Une analyse **qualitative** via les questions ouvertes, offrant un aperçu nuancé et détaillé des expériences individuelles.
3. Un **équilibre** entre objectivité et liberté d'expression, respectant le vécu des patient·e·s et la perception des soignant·e·s.

Cette double approche permet de croiser les perspectives et d'identifier des pistes d'amélioration ciblées, fondées sur des données concrètes et des témoignages directs.

12.4 PROCÉDURE DE COLLECTE DES DONNÉES

12.4.1 **Pré-test et ajustements**

Dans le cadre de ma méthodologie de recherche , j'ai procédé à une phase de pré-test et ajustements. Pour cela, j'ai réalisé un pré-test auprès de 10 infirmier·ère·s ainsi que 10 patient·e·s transgenres, afin de m'assurer de la clarté et de la pertinence des questions incluses dans les questionnaires. À partir des retours obtenus, j'ai affiné les questionnaires pour garantir leur précision et leur adéquation à l'étude. Les réponses collectées lors du pré-test ont été systématiquement supprimées avant le lancement de l'enquête officielle.

12.4.2 **Contrôles qualité avant la collecte des données**

Afin d'assurer la qualité des données collectées, des questions de filtrage strictes, obligatoires dès le début du questionnaire, ont été intégrées afin d'inclure ou d'exclure clairement les participant·e·s non qualifié·e·s. Un rappel clair du public cible est mentionné sur tous les supports pour éviter les biais de participation. De plus, une limitation des réponses par adresse IP est appliquée grâce à la restriction proposée par Google Forms via le site « **https://votreaviscompte.org** », prévenant ainsi les doublons.

[110] Annexe 7 : Google Forms : Enquête personnel infirmier

12.4.3 **Diffusion des questionnaires**

Le **canal principal** de **diffusion** est le site internet **https://votreaviscompte.org** [111] , dont les principales fonctionnalités incluent :

1. **Une page d'accueil** présentant clairement l'étude et ses objectifs.
2. Un **accès direct** aux questionnaires via **Google Forms**.
3. Une **section d'informations** fournissant des ressources dédiées aux patient·e·s transgenres ainsi qu'aux soignant·e·s.
4. Une **page de contact** proposant un formulaire en ligne et une adresse électronique dédiée (info@votreaviscompte.org).
5. Une **présentation** des partenaires du projet avec possibilité de prise de contact.
6. Une **page de statistiques** de visites afin de suivre l'engagement et les interactions autour de mon enquête. Ces données me permettent d'ajuster ma stratégie de diffusion et de relance, en identifiant les moments propices pour maximiser le taux de réponse et atteindre efficacement les groupes cibles.

Afin d'optimiser l'expérience utilisateur, le site bénéficie **d'un design responsive** adapté à tous les supports (mobiles, tablettes et ordinateurs), d'un **référencement optimisé** (SEO) pour améliorer sa visibilité sur les moteurs de recherche, d'un **CMS dans WORD PRESS** pour faciliter la fonction administrateur et la gestion des paramètres ainsi que d'une **sécurisation rigoureuse** des données via un **certificat SSL** garantissant la confidentialité des réponses recueillies.

Le site est valide pour une durée **d'un an** et a été mis en ligne en décembre 2024. La période de collecte des réponses via les questionnaires a débuté le **15 décembre 2024** et s'est clôturée le **28 février 2025**, permettant d'optimiser le temps de diffusion et la récolte des données nécessaires à l'étude.

Des supports physiques et une **communication locale** renforcent également la visibilité du questionnaire .

Des **affiches** [112] et **des cartes de visite** [113] sont distribuées dans **des lieux stratégiques** tels que les institutions partenaires (IPEFA SUP Liège, MAC, Prisme, Pratiq, Dr. Ouafik au planning familial), ainsi que dans des lieux de consultation et de soins fréquentés par la population transgenre (planning familial, centres de santé, consultations de chirurgie, associations LGBTQ+).

Les affiches intègrent **un QR code** redirigeant directement vers les questionnaires en ligne.

Les cartes de visite **comportent l'URL du site ainsi qu'un QR code** pour un accès rapide.

Tous ces supports physiques incluent des visuels spécialement réalisés par un illustrateur professionnel, protégés et adaptés à la communication du projet.

Une **collaboration active** avec les partenaires [114] est assurée via des réunions, des échanges de courriels et des présentations régulières dans les institutions partenaires afin d'expliquer l'étude et encourager la diffusion des questionnaires.

Des campagnes de sensibilisation sont réalisées sur les **réseaux sociaux** à travers la diffusion de témoignages, d'infographies, ainsi que des mises à jour régulières sur l'avancement de l'étude. Des pages dédiées sur **Facebook** [115] et **Instagram** [116] ont été créées pour renforcer la visibilité du projet. De plus, j'ai participé à des événements(réunions MAC Verviers) consacrés aux droits des personnes transgenres pour promouvoir l'enquête et stimuler la participation.

Grâce à cette **stratégie multicanal**, combinant présence en ligne et actions en présentiel, la collecte des données s'est réalisée de manière large, diversifiée et sécurisée, garantissant ainsi une représentativité optimale des répondant·e·s.

---

[111] Annexe 1 : Site internet

[112] Annexe 2 : Affiche

[113] Annexe 3 : Carte de visite

[114] Partenaires présents sur le site Internet avec contact possible

[115] Annexe 4 : Page Facebook et publications

[116] Annexe 5 : Page Instagram et publications

12.5 ANALYSE DES DONNÉES

12.5.1 **Analyse quantitative**

1. Statistiques descriptives :
   - Description des caractéristiques sociodémographiques des participant·e·s.
   - Analyse des niveaux de connaissances, des perceptions et des expériences des infirmier·ère·s et des patient·e·s transgenres.
2. Logiciel utilisé :
   - Traitement des données effectué à l'aide d'Excel en mode développeur, assurant une analyse rigoureuse et structurée des informations chiffrées.
   - Réalisation des graphiques pertinents avec **CANEVA**.

12.5.2 **Analyse qualitative**

Même en l'absence d'entretiens semi-structurés, les questions ouvertes des questionnaires fournissent des données riches et exploitables.

1. **Méthode de codage thématique :**
   - Étape 1 : Lecture complète des réponses aux questions ouvertes pour se familiariser avec les données.
   - Étape 2 : Identification des thèmes récurrents et des catégories principales.
   - Étape 3 : Codage systématique des réponses selon les thèmes identifiés.
   - Étape 4 : Synthèse des thèmes pour interpréter les perceptions et suggestions des participants.
2. **Triangulation des données :**
   - Comparaison des résultats qualitatifs et quantitatifs pour renforcer la validité des conclusions.
   - Mise en évidence des corrélations entre les thèmes qualitatifs et les tendances quantitatives.
3. **Logiciel utilisé :**
   - Excel en mode développeur pour organiser le codage et l'analyse thématique des réponses ouvertes.

Grâce à cette approche mixte (quantitative et qualitative), l'analyse garantit une **interprétation approfondie** des résultats, croisant chiffres et témoignages pour une vision complète et rigoureuse.

12.6 CONSIDÉRATION ÉTHIQUE

Le **sujet abordé** dans cette étude revêt un caractère particulièrement **spécifique et sensible**, car il concerne directement les expériences, les perceptions et les soins apportés aux patient·e·s transgenres, ainsi que les connaissances et attitudes des professionnel·le·s de santé à leur égard. En raison de cette spécificité, j'ai mis en œuvre **des mesures rigoureuses garantissant le respect, la sécurité et le bien-être** des participant·e·s, ainsi que la **protection stricte de leur vie privée et de leur anonymat**. Les considérations éthiques occupent donc une place centrale dans l'élaboration et la réalisation de cette étude.

12.6.1 **Consentement éclairé**

L'inclusion d'une page de consentement sur le site et au début des questionnaires, explique clairement les objectifs de l'étude, la confidentialité des réponses et le droit de se retirer à tout moment.

12.6.2 **Confidentialité et anonymat**

L'anonymisation des réponses en évite la collecte d'informations personnelles identifiables.

Le stockage sécurisé des données (chiffrement, accès restreint) est réalisé pour garantir la confidentialité des participants.

12.6.3 **Approbation éthique**

Avant de débuter la collecte des données, le projet a été soumis à Madame Remy-Paulus, directrice de l'IPEFA Sup Liège, pour obtenir l'autorisation nécessaire. Cette étape a permis de valider ma méthodologie et de m'assurer de la conformité du projet avec les exigences institutionnelles.

12.7 PLANIFICATION ET CALENDRIER

12.7.1 **Préparation (juillet 2024 – décembre 2024)**

Dans le cadre de la préparation de mon étude, j'ai procédé à la **finalisation des questionnaires** destinés aux patient·e·s transgenres et aux infirmier·ère·s. Parallèlement, j'ai **développé et optimisé le site internet** votreaviscompte.org pour en faire un outil efficace de diffusion et de collecte des réponses. Afin d'assurer une communication visuelle percutante, j'ai collaboré avec un **illustrateur pour la création des supports physiques**, tels que les affiches et les cartes de visite. Enfin, **un pré-test des instruments de collecte** a été réalisé auprès d'un échantillon restreint, ce qui m'a permis d'affiner les questionnaires avant leur mise en ligne.

12.7.2 **Collecte des données (15 décembre 2024 – 28 février 2025)**

Le lancement officiel de l'étude a été réalisé par plusieurs moyens. Tout d'abord, le **site internet** a joué un **rôle central dans la diffusion** des informations et **l'accès aux questionnaires**. En parallèle, **les partenaires institutionnels ont soutenu l'étude en diffusant des affiches et des cartes de visite** dans des lieux stratégiques, permettant ainsi d'atteindre efficacement les groupes cibles.

La gestion technique a également été une **priorité**, avec une **surveillance continue** des **statistiques de visite** du site pour suivre l'engagement. Des **relances régulières** ont été effectuées via des publications sur les réseaux sociaux afin de maintenir l'intérêt et d'encourager les participations. Enfin, une attention particulière a été portée à la résolution rapide de tout problème technique éventuel, garantissant une expérience fluide pour les participants.

12.7.3 **Analyse des données (mars 2025)**

Les réponses collectées ont fait l'objet d'une **analyse approfondie**, combinant des approches quantitatives et qualitatives. Cette démarche a permis d'identifier des **thèmes récurrents** émergents ainsi que des **corrélations** significatives entre les données. Ces analyses fournissent une base solide pour interpréter les résultats et formuler des conclusions pertinentes en lien avec les objectifs de l'étude.

12.7.4 **Rédaction du rapport (avril 2025 – mai 2025)**

Une fois les résultats obtenus, une **présentation détaillée** et une **discussion approfondie** de ceux-ci ont été réalisées afin d'en dégager les principaux enseignements. Sur cette base, des **recommandations pertinentes** ont été formulées, reflétant les conclusions issues des données collectées.

Par ailleurs, les **analyses et ressources scientifiques** ont été intégrées sur **le site internet**, permettant un accès enrichi et structuré pour toutes les parties intéressées.

12.7.5 **Diffusion des résultats (mai 2025 – juin 2025)**

Le site internet fait **l'objet de mises à jour continues** pour inclure les résultats de l'étude ainsi que des ressources spécifiques destinées aux patient·e·s et aux soignant·e·s. Ces ajouts visent à offrir un **accès clair** et **pratique** aux informations pertinentes tout au long du projet.

Par ailleurs, les conclusions de l'étude sont partagées avec les partenaires institutionnels ainsi qu'avec les participant·e·s, renforçant ainsi la transparence et l'engagement de toutes les parties concernées. Ce planning structuré assure une progression harmonieuse du projet, depuis la conception des outils jusqu'à la diffusion des résultats, tout en garantissant un suivi rigoureux et méthodique à chaque étape.

12.8 LIMITATIONS DE L'ÉTUDE

Dans le cadre de cette étude, plusieurs biais potentiels ont été identifiés et pris en considération. Le **biais de sélection** est l'un des principaux enjeux : malgré les efforts de diffusion, certains groupes pourraient être sous-représentés, notamment les infirmier·ère·s de chirurgie ayant moins de 10 ans d'expérience. Concernant l'auto-rapport, les réponses des participant·e·s pourraient être influencées par le désir de se conformer aux attentes sociales, engendrant une réticence à exprimer pleinement leur ressenti. Enfin, l'accessibilité constitue un défi : la nécessité de disposer d'un accès à Internet pour participer via le site pourrait limiter la participation de certains individus, ce qui pourrait impacter la représentativité des données collectées.

12.9 VALIDITÉ ET FIABILITÉ

Pour garantir la **validité de l'étude**, plusieurs mesures ont été mises en place. Concernant la validité de contenu, j'ai veillé à ce que les questionnaires couvrent tous les aspects pertinents relatifs aux perceptions et compétences en matière de soins aux personnes transgenres, en m'appuyant sur les recommandations de bonne pratique. En ce qui concerne la validité de construit, des échelles et des questions basées sur la littérature existante ont été utilisées afin d'assurer que les instruments mesurent efficacement les concepts étudiés.

Quant **à la fiabilité**, la cohérence interne a été assurée en utilisant des échelles éprouvées, garantissant ainsi la fiabilité des réponses obtenues.

12.10 Conclusion

La méthodologie adoptée repose sur une approche **mixte**, combinant analyse **quantitative** et **qualitative**, afin d'examiner l'impact du **manque de formation spécifique** sur la prise en charge des patient·e·s transgenres en milieu hospitalier. La collecte de données s'appuie sur des outils de diffusion variés, notamment le site internet votreaviscompte.org et des supports physiques distribués via des partenaires institutionnels, garantissant ainsi un échantillon représentatif de 103 infirmier·ère·s non spécialisé·e·s et 40 patient·e·s transgenres.

13 Résultats questionnaire infirmier.es

13.1 Le nombre de répondant · e · s et leurs profils de compétences

Un total de 103 réponses a été collecté dans le cadre de cette enquête.

Qualifications des répondants : La majorité des participants se compose d'infirmier·ère·s gradué.e.s (43 répondants), titulaires du titre SIAMU (20 répondants) ou détenteurs·rices d'un brevet (24 répondants), représentant ainsi **84,47 %** des répondants. D'autres profils spécifiques ont également été répertoriés, incluant des sage-femmes (3 répondants), un infirmier spécialisé en santé mentale, ainsi que des infirmier·ère·s diplômés·ées en gériatrie (6 répondants), en oncologie (3 répondants), ou en santé mentale et psychiatrie.

Expérience professionnelle : En termes d'ancienneté, **70,87 %** des répondants disposent de plus de 10 ans d'expérience professionnelle. Toutes les tranches d'ancienneté sont cependant représentées : 2 répondants possèdent moins d'un an d'expérience, tandis que 15 déclarent entre 1 et 5 ans, et 15 autres entre 5 et 10 ans de pratique.

Domaines d'exercice : Les participants exercent au sein d'une grande diversité de services, tels que les urgences, la médecine, la chirurgie, les soins extrahospitaliers, la gériatrie, la psychiatrie, le bloc opératoire, les maisons de repos et de soins (MRS), ainsi que la pédiatrie. Cette répartition met en évidence une variété notable des profils professionnels.

13.2 Formation et/ou sensibilisation sur la transidentité

Formation aux recommandations de bonnes pratiques sur la transidentité : Une large majorité des répondants, soit **93,20 %,** déclare **n'avoir suivi aucune formation** ou n'en avoir pas connaissance.

Certain·e·s mentionnent toutefois des **formations ponctuelles :** « *formation tres peu complete, approche basique du concept de transidentite sans approfondir le sujet ni apporter de guidelines precises ou une comprehension approfondie* », souvent jugées **brèves** ou **superficielles**, telles que des cours dispensés durant les études infirmières, des journées de sensibilisation, des documents PDF d'information, ou encore des interventions d'associations spécialisées (Genres Pluriels, MAC, etc.). Quelques participant·e·s rapportent une formation plus approfondie, notamment en psychiatrie ou en santé communautaire.

Cependant, **malgré la formation** reçue par certain·e·s, des **lacunes significatives** subsistent, comme en témoignent certaines réponses inexactes concernant les risques liés aux traitements hormonaux et chirurgicaux. Ces résultats soulignent la nécessité d'améliorer les connaissances spécifiques en la matière.

De manière générale, un besoin pressant se fait ressentir pour des formations plus complètes, actualisées et adaptées, la majorité ayant exprimé des réponses négatives ou décrit une formation trop succincte.

Le travail intitulé « *Prise en charge des patients transgenres : Revue de littérature sur les barrières à l'accès aux soins et les stratégies perçues par les patients et professionnels de santé en milieu hospitalier* » (Riedweg, 2019), réalisé en 2019 par **Gwennaëlle RIEDWEG et Juliane CARNAL**, explore les obstacles rencontrés par les patients transgenres dans l'accès aux soins, ainsi que les stratégies identifiées par les professionnels de santé pour y remédier. Cette revue de littérature met en lumière des problématiques telles que la **stigmatisation**, le **manque de connaissances des soignants**, les **contraintes structurelles** des établissements de santé et **l'absence de dispositions légales** adaptées.

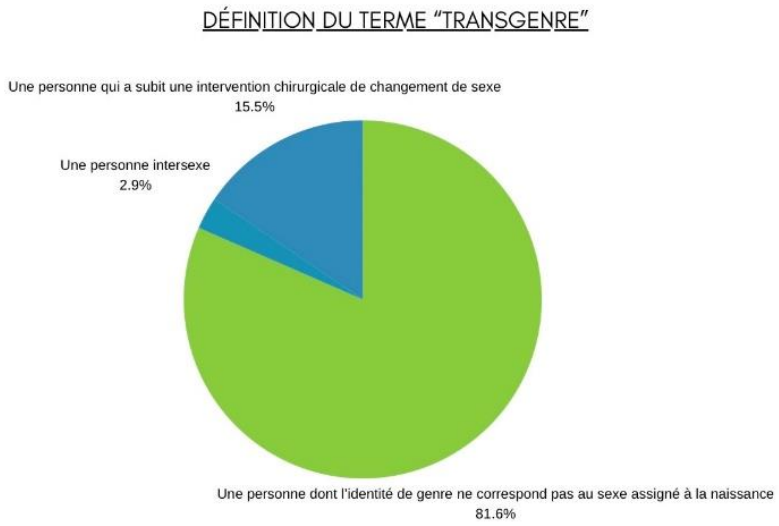
Les auteurs s'appuient sur des articles scientifiques publiés entre 2012 et 2018, analysés selon un cadre théorique basé sur la théorie du **Human Caring** de **Jean WATSON**. Les résultats soulignent **l'importance de la formation des professionnels de santé** pour réduire les inégalités d'accès aux soins et améliorer la prise en charge des patients transgenres.

13.3 CONNAISSANCES DU TERME « TRANSGENRE »

Compréhension du terme "transgenre" : La majorité des répondants, soit **81,6 %**, a correctement défini le terme « transgenre » comme désignant une personne dont l'identité de genre diffère du sexe qui lui a été assigné à la naissance, validant ainsi la réponse appropriée.

Cependant, des confusions persistent chez une partie des participants : **15,5 %** associent à tort la transidentité à une chirurgie de réassignation, tandis que **2,9 %** la confondent avec l'intersexuation.

Ces résultats mettent en évidence un besoin crucial de clarification et d'éducation autour de ces concepts spécifiques, afin d'améliorer la compréhension globale des notions liées à la transidentité.



13.4 PRISE EN CHARGE DE PATIENT · E · S TRANSGENRES ET CONFORT DU SOIGNANT

Prise en charge des patient·e·s transgenres : Environ **55,34 %** des répondants déclarent avoir déjà pris en charge un·e patient·e transgenre, tandis que les autres n'ont pas encore eu cette expérience. Ces résultats montrent que près d'un soignant sur deux a été confronté à cette problématique, soulignant ainsi la pertinence et l'intérêt de cette étude.

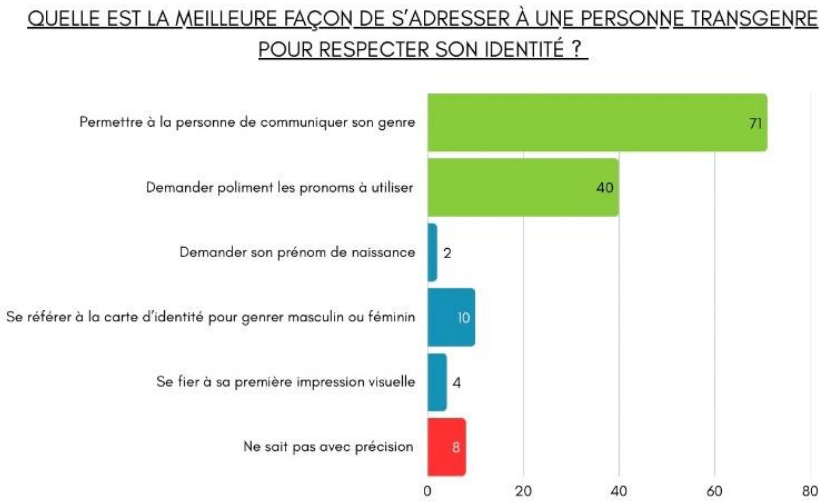
Niveau de confort et de connaissances : Une proportion notable des répondants s'évalue à un niveau faible ou moyen en termes de confort et de connaissances : **14,56 %** attribuent une note de 1, **8,74 %** une note de 2, et **15,53 %** une note de 5.

À l'opposé, certains affichent une plus grande aisance dans la prise en charge des patient·e·s transgenres, souvent liée à des formations spécifiques ou à des expériences répétées. Parmi eux, **17,48 %** attribuent une note de 7 et **9,71%** une note de 8, reflétant ainsi une plus grande confiance et compétence dans ce domaine.

13.5 COMMUNICATION AVEC À UNE PERSONNE TRANSGENRE

Façons de s'adresser à une personne transgenre : À la question sur la meilleure manière de s'adresser à une personne transgenre, plusieurs tendances principales se dégagent.

- Une majorité des répondants, soit **68,93 %,** considère qu'il est préférable de permettre à la personne d'exprimer elle-même son genre.
- Par ailleurs, **38,83 %** suggèrent de demander poliment quels pronoms la personne utilise, reflétant ainsi une démarche de respect et de reconnaissance.
- Enfin, **9,71 %** mentionnent l'utilisation de la carte d'identité comme référence, bien que cette approche soit moins courante et parfois controversée, étant donné que les documents officiels ne reflètent pas systématiquement l'identité de genre de la personne.
- Cette question propose un choix multiple avec des cases à cocher, permettant au répondant de sélectionner plusieurs options. À ce jour, **135** réponses ont été enregistrées.



Certains comportements ou réponses inappropriés ont été relevés, tels que se fier à l'apparence ou demander le prénom de naissance. Cependant, la majorité des répondant·e·s montre une bonne sensibilisation en reconnaissant l'importance de demander directement les pronoms et le genre de la personne, témoignant ainsi d'une volonté de respecter son identité.

Selon le guide « *Inclusion des personnes transgenres en entreprise* » (Ministère de la Famille, 2022) élaboré en collaboration avec la **Charte de la diversité Lëtzebuerg**, il est primordial, dans la création d'un environnement inclusif et respectueux, de demander poliment les pronoms et le prénom préférés de la personne, tout en respectant son identité de genre telle qu'elle est exprimée. Cette approche est privilégiée plutôt que de se référer exclusivement à des documents officiels, qui ne reflètent pas toujours la réalité actuelle de l'individu.

De plus, les résultats de cette étude trouvent un écho dans l'enquête « *Être une personne transgenre en Belgique, dix ans plus tard* » (Pasteel, 2017) qui confirme que de telles pratiques sont essentielles pour promouvoir un cadre inclusif, permettant à chacun·e de se sentir respecté·e et reconnu·e.

13.6 CONNAISSANCES SUR LA LÉGISLATION ET SUR LES RECOMMANDATIONS

Connaissances sur les droits des personnes transgenres et bonnes pratiques : En 2023, la modification de la législation belge relative aux droits des personnes transgenres demeure largement méconnue, avec **86,41 %** des répondants déclarant **ne pas en être informés** de manière précise. Seul un nombre restreint de participants indique une connaissance détaillée de ces évolutions législatives.

De même, les **Principes de Jogjakarta**, qui fournissent des directives internationales sur les droits humains liés à l'identité de genre et à l'orientation sexuelle, restent peu connus, **95,15 %** des répondants affirmant **n'en avoir jamais entendu parler.**

Concernant les **recommandations de bonnes pratiques** sur la transidentité, **81,55 %** des répondants en **ignorent l'existence**. Toutefois, certains les ont découvertes à travers diverses sources, telles qu'un environnement de travail inclusif, des documents PDF spécialisés ou des modules d'e-learning.

Ces résultats soulignent un **besoin urgent de sensibilisation et de formation** sur ces thématiques, afin de renforcer les connaissances et d'améliorer les pratiques dans la prise en charge des personnes transgenres.

Le **manque de formation** sur la transidentité peut entraîner des **conséquences médicales significatives**, notamment des prescriptions inappropriées ou un suivi insuffisant, mettant en péril la qualité des soins. Une étude menée par **FRETON** (Freton, 2021) en 2021, intitulée « *Auto-évaluation de professionnels de santé concernant la prise en charge des personnes trans dans un hôpital universitaire* », a mis en évidence que les patient·e·s transgenres bénéficient souvent d'une **prise en charge inférieure** à celle de la population cisgenre. Ce constat est probablement attribué à un **déficit de connaissances et de sensibilisation** au sein de la communauté médicale, **soulignant l'urgence d'améliorer la formation** des professionnels de santé sur ces enjeux.

13.7 CHANGEMENT DE SEXE ET DE NUMÉRO NATIONAL SUR LA CARTE D'IDENTITÉ

Connaissance de la législation belge sur le changement d'état civil : Les réponses des participants révèlent une répartition relativement équilibrée : **48,54 %** ont déclaré **être informés** que la législation belge permet le changement d'état civil sans intervention chirurgicale, tandis que **51,46 %** ne **disposent pas** de cette connaissance.

Ces résultats mettent en lumière une division significative dans la compréhension de cette disposition légale, soulignant ainsi l'importance d'une **sensibilisation accrue**, tant auprès des professionnels que du grand public, sur ce sujet essentiel.

13.8 CONNAISSANCES SUR LES RISQUES LIÉS AUX TRAITEMENTS HORMONAUX ET AUX CHIRURGIES

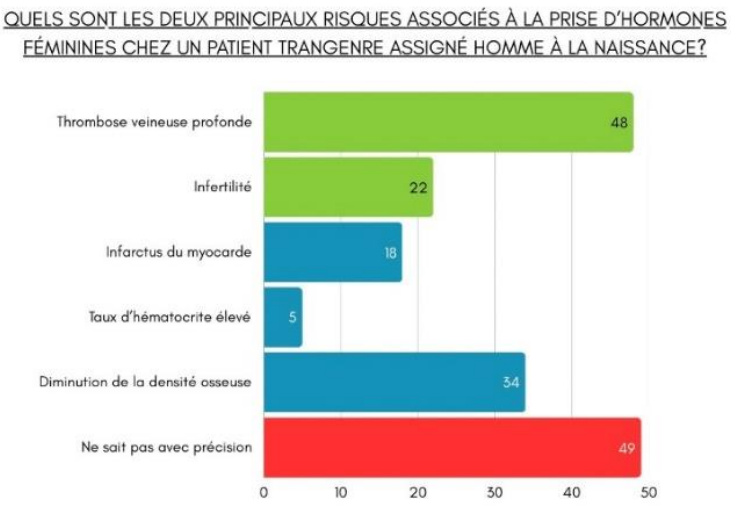
Les réponses correctes aux questions suivantes s'appuient sur les **Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, version 8** (Coleman et al., 2020). Ce document de référence fournit des recommandations fondées sur les meilleures pratiques médicales et sociales afin de garantir une prise en charge appropriée et respectueuse des personnes transgenres et des individus de genre divers.

13.8.1 **Risques hormonaux**

Risques liés aux hormones féminisantes pour les personnes assignées homme à la naissance : Les répondants ont identifié plusieurs risques principaux associés aux hormones féminisantes. Le risque le plus fréquemment cité est la **thrombose veineuse profonde**, mentionnée par **46,60 %** des participants, de l'**infertilité** (**21,36 %**) et de **l'infarctus du myocarde** (**17,48 %**).

Cependant, **47,57 %** des répondants ont indiqué **ne pas connaître précisément** les risques liés à ces traitements.

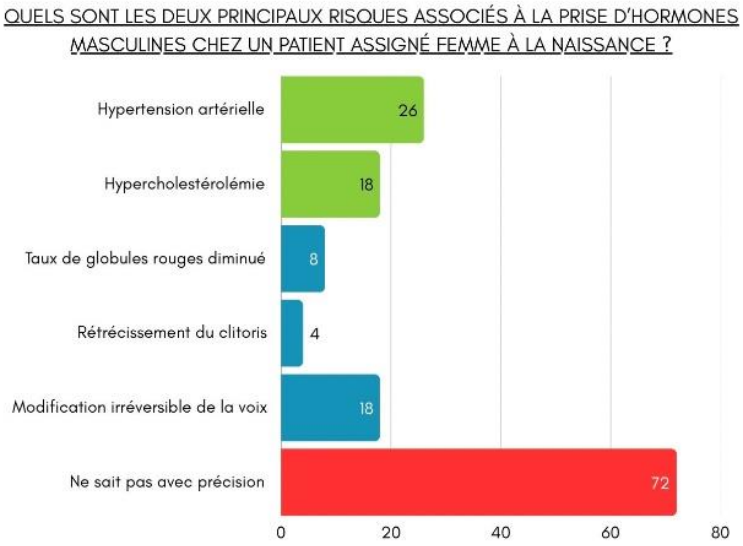
Cette question propose un choix multiple avec des cases à cocher, permettant au répondant de sélectionner plusieurs options. À ce jour, **176** réponses ont été enregistrées.



Risques liés aux hormones masculinisantes pour les personnes assignées femme à la naissance : Les participants ont identifié plusieurs risques principaux associés aux hormones masculinisantes. Parmi les réponses correctes, **25,24 %** ont cité **l'hypertension artérielle**, tandis que **17,48 %** ont mentionné la **modification irréversible de la voix** ainsi que **l'hypercholestérolémie.**

Cependant, **69,90 %** des participants ont indiqué **ne pas connaître précisément** les risques liés à ces traitements.

Cette question propose un choix multiple avec des cases à cocher, permettant au répondant de sélectionner plusieurs options. À ce jour, **146** réponses ont été enregistrées.



Les **réponses restent variables**, certains participant·e·s manquant de précision ou confondant certains effets.

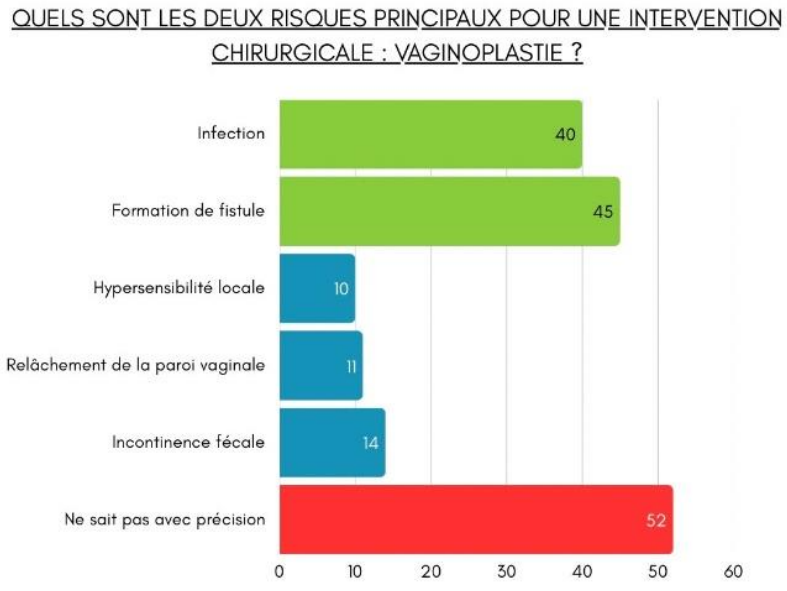
13.8.2 **Risques chirurgicaux**

Complications spécifiques à la vaginoplastie :

- Fistulisation : mentionnée par **43,69 %** des répondants.
- Infection : relevée par **38,83 %** des répondants.
- Incontinence fécale : cité par **13,59 %** des répondants.

Il est également notable que **50,49 %** des participants déclarent ne pas connaître précisément les réponses à cette question.

Cette question propose un choix multiple avec des cases à cocher, permettant au répondant de sélectionner plusieurs options. À ce jour, **172** réponses ont été enregistrées.

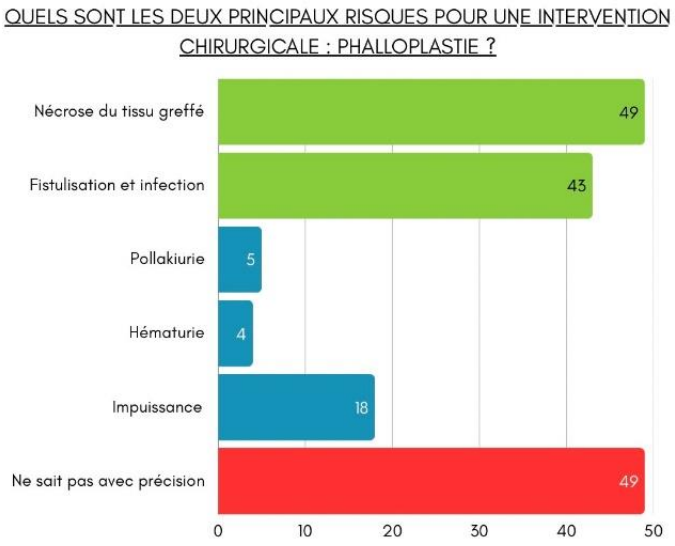


Complications spécifiques à la phalloplastie :

- Nécrose du lambeau : identifiée par **47,57 %** des répondants.
- Fistulisation et infection : mentionnées par **41,75 %** des répondants.
- Impuissance : signalée par **17,48 %** des répondants.

De plus, il est important de noter que **47,57 %** des participants déclarent **ne pas connaître précisément** les complications associées à cette intervention.

Cette question propose un choix multiple avec des cases à cocher, permettant au répondant de sélectionner plusieurs options. À ce jour, **168** réponses ont été enregistrées.

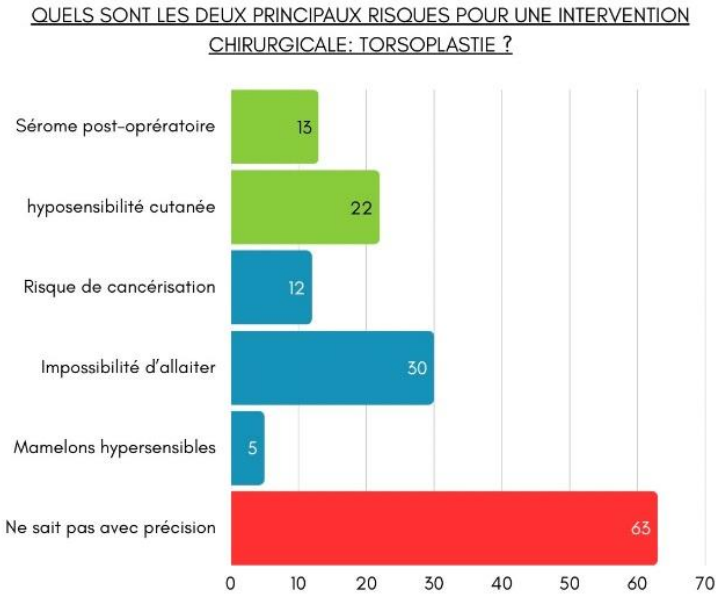


Complications spécifiques à la torsoplastie/mammoplastie :

- Sérome post-opératoire : citée par **12,62%**
- Hyposensibilité cutanée : citée par **21,36%** des répondants.
- Impossibilité d'allaiter : mentionnée par **39,13 %** des répondants.

Il est également notable que **61,17 %** des participants déclarent **ne pas avoir une connaissance précise** des risques associés à ces interventions.

Cette question propose un choix multiple avec des cases à cocher, permettant au répondant de sélectionner plusieurs options. À ce jour, **145** réponses ont été enregistrées.

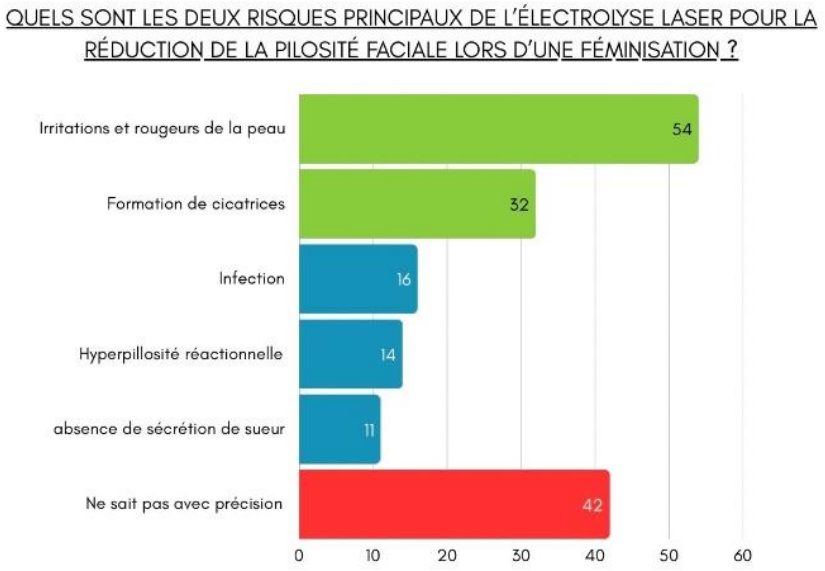


Complications spécifiques à l'électrolyse laser :

- Irritation et rougeurs de la peau : mentionnées par **52,43 %** des répondants.
- Formation de cicatrices : signalée par **31,07%** des répondants.
- Infection : relevée par **15,53%** des répondants.

De plus, **40,78%** des participants déclarent **ne pas avoir une connaissance précise** des risques associés à l'électrolyse laser.

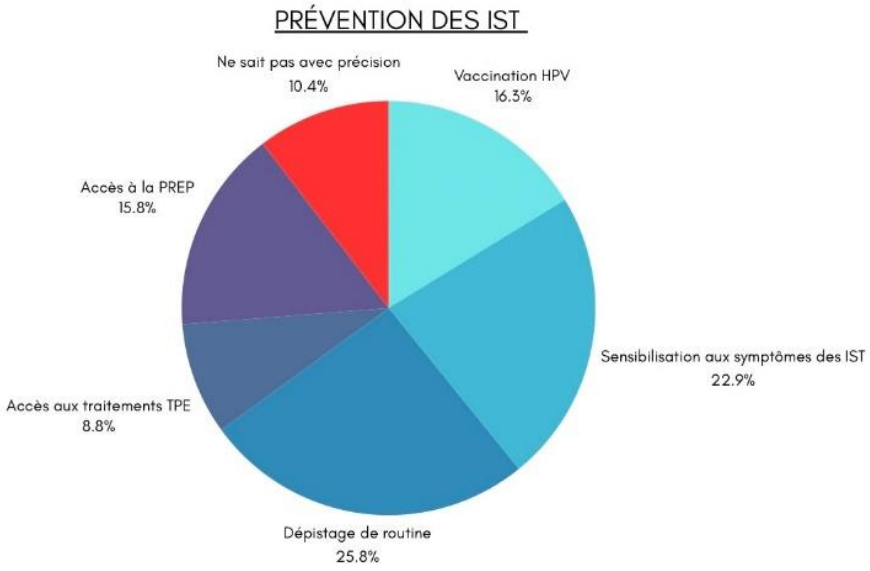
Cette question propose un choix multiple avec des cases à cocher, permettant au répondant de sélectionner plusieurs options. À ce jour, **169** réponses ont été enregistrées.



13.9 MESURES DE PRÉVENTION DES IST ET CONSEILS GÉNÉRAUX

13.9.1 Prévention des IST chez les personnes transgenres

Cette question propose un choix multiple avec des cases à cocher, permettant au répondant de sélectionner plusieurs options. À ce jour, **240** réponses ont été enregistrées.



Connaissances des mesures de prévention des IST : Les réponses mettent en évidence plusieurs mesures reconnues à des degrés variables :

- Dépistage de routine : identifié par **60,19 %** des répondants.
- Sensibilisation aux symptômes des IST : mentionnée par **53,40 %** des répondants, mais restant loin d'une reconnaissance complète.
- Vaccination contre le HPV : moins bien reconnue, avec seulement **37,86 %** des réponses.
- PrEP (prophylaxie pré-exposition) : citée par **36,89 %**, révélant un manque de sensibilisation.
- TPE (traitement post-exposition) : la mesure la moins connue ou reconnue, mentionnée par **20,39 %** des participants.

De plus, **24,27 %** des participants, représentés sur le graphique en rouge, déclarent **ne pas avoir une connaissance précise** des mesures de prévention disponibles.

Les données révèlent que les participants devaient identifier **l'ensemble des stratégies** existantes pour prévenir les infections sexuellement transmissibles (IST), avec la consigne de sélectionner toutes les options disponibles.

Ces résultats mettent en évidence un **besoin urgent d'améliorer les connaissances** et la sensibilisation à ces stratégies de prévention, notamment en matière de prophylaxie pré- et post-exposition ainsi que de vaccination contre le HPV. Cette situation reflète des lacunes importantes dans **l'éducation sanitaire**, soulignant la nécessité de concevoir des interventions pédagogiques ou informatives ciblées pour renforcer la compréhension et l'adoption de ces mesures préventives.

13.9.2 Prévention tabagique chez une personne transgenre féminine

La majorité des répondant·e·s (**77,67 %**) souligne **l'importance de fournir des conseils** spécifiques pour prévenir le tabagisme, témoignant d'une sensibilisation notable à cette problématique. Cependant, il semble que ces répondant·e·s aient **généralisé** leurs réponses à **l'ensemble de la population**, sans distinguer spécifiquement les **femmes transgenres**. Cette approche globale pourrait refléter une méconnaissance des besoins spécifiques de cette sous-population, notamment en ce qui concerne les risques accrus liés aux traitements hormonaux et leurs interactions potentielles avec le tabac.

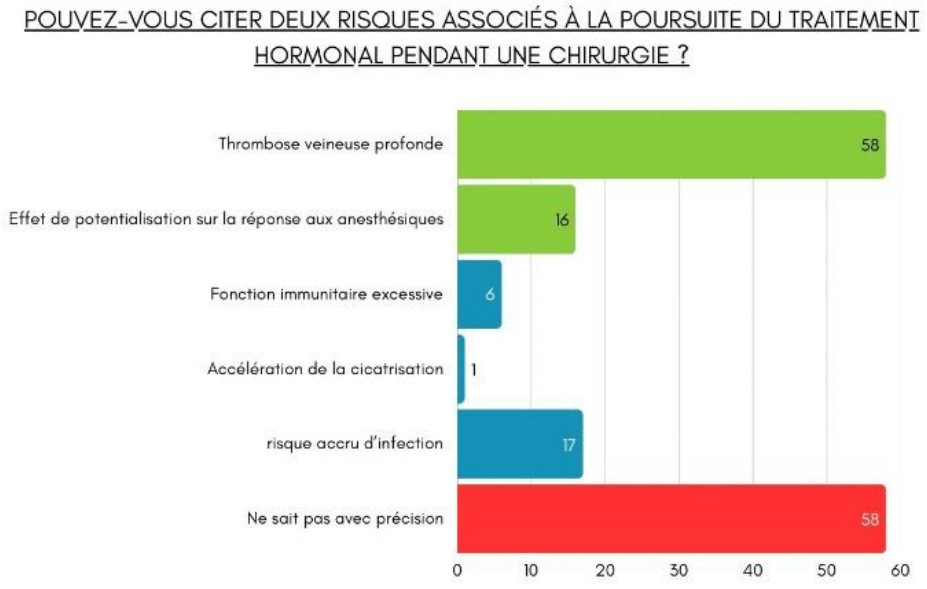
En Belgique, une organisation de référence, le « **FARES - Fonds des Affections Respiratoires** », joue un rôle essentiel dans la prévention et la gestion du tabagisme. Elle adopte une approche inclusive pour renforcer la capacité des individus à prendre des décisions favorables à leur bien-être. Cette organisation propose divers outils tels que des accompagnements personnalisés, des campagnes de sensibilisation et des animations adaptées, contribuant à promouvoir des comportements sains et responsables.

13.9.3 Risques associés à la poursuite du traitement hormonal pendant une chirurgie

- Thrombose veineuse profonde : mentionnée par **56,31 %** des répondants.
- Effet de potentialisation sur la réponse aux anesthésiques : identifié par **15,53 %** des répondants.
- Risque accru d'infection : relevé par **16,50 %** des répondants.

Il est également notable que **56,31 %** des participants déclarent **ne pas connaître avec précision** les risques liés à la poursuite du traitement hormonal pendant une chirurgie, mettant en évidence un besoin accru d'information et de sensibilisation sur cette thématique.

Cette question propose un choix multiple avec des cases à cocher, permettant au répondant de sélectionner plusieurs options. À ce jour, **156** réponses ont été enregistrées.

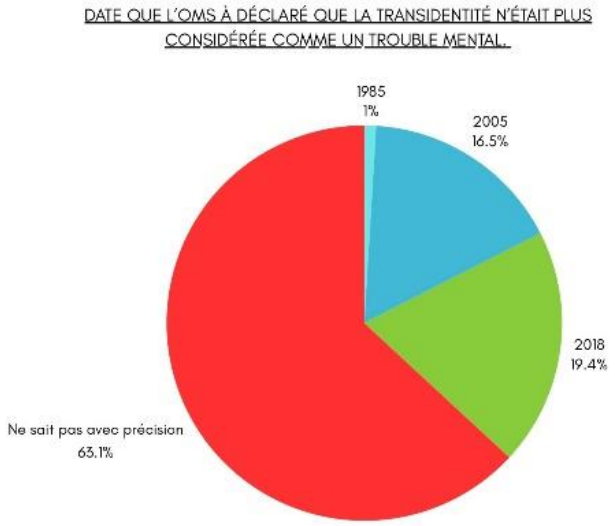


13.10 Déclassement des troubles mentaux par l'OMS

Connaissance du déclassement de la transidentité des troubles mentaux par l'OMS : Les répondants mentionnent principalement les années 2005 (**16,50 %**) et 2018 (**19,42 %)** en lien avec le déclassement de la transidentité des troubles mentaux par l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Toutefois, une majorité significative, soit **63,11 %**, déclare **ne pas connaître précisément** cette information.

En réalité, la décision officielle de l'OMS remonte à juin 2018, marquant un changement clé avec le remplacement du terme « trouble » par « incongruence de genre ».

Ces résultats révèlent que seulement **19,42 %** des répondants disposent d'une connaissance exacte de cette évolution majeure, tandis que **63,11 %** restent dans l'ignorance de ce changement important, mettant en évidence la nécessité d'une meilleure sensibilisation sur cette avancée significative en matière de droits et de reconnaissance des personnes transgenres.



13.11 Fertilité sous Testostérone, normes biologiques, prévention tabagique

Fertilité sous traitement à la testostérone : **80,58 %** des répondants estiment que la fertilité est inexistante sous traitement à la testostérone, souvent en se basant sur l'absence de règles comme indicateur. Cependant, il est crucial de souligner que la fertilité peut parfois être partiellement conservée, une réalité encore largement méconnue. Cette idée reçue met en évidence l'urgence d'intensifier la sensibilisation et l'information concernant la complexité de la fertilité dans ce contexte médical.

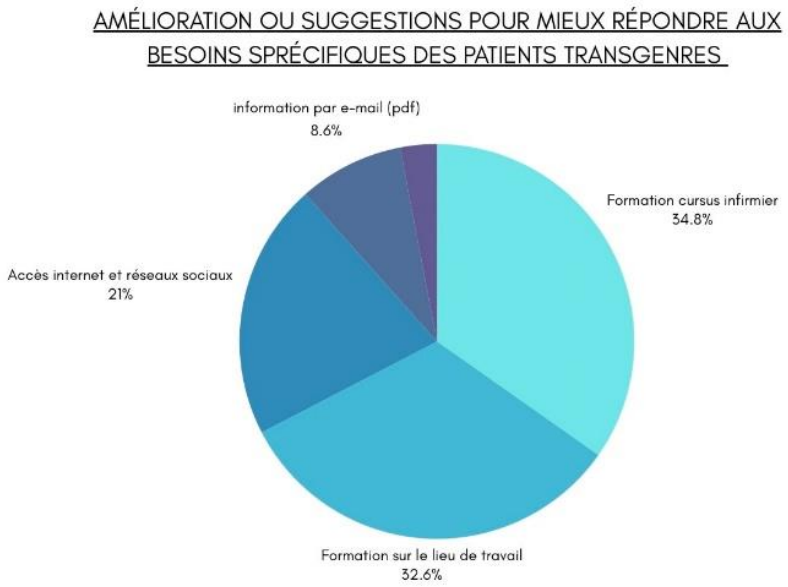
Adaptation des normes biologiques : En ce qui concerne l'adaptation des normes biologiques, **52,43 %** des répondants reconnaissent l'importance d'adapter, ou à tout le moins de considérer, le traitement hormonal dans l'interprétation des analyses sanguines. Bien que ces données traduisent une prise de conscience notable, elles révèlent également une insuffisance dans la sensibilisation à l'impact des traitements hormonaux sur la lecture des résultats biologiques.

13.12 Besoin de formation et pistes d'amélioration

La majorité des répondant·e·s soit **82,52%** exprime **un besoin de formation** sur la prise en charge des personnes transgenres.

Cette question propose un choix multiple avec des cases à cocher, permettant au répondant de sélectionner plusieurs options. À ce jour, **233** réponses ont été enregistrées.

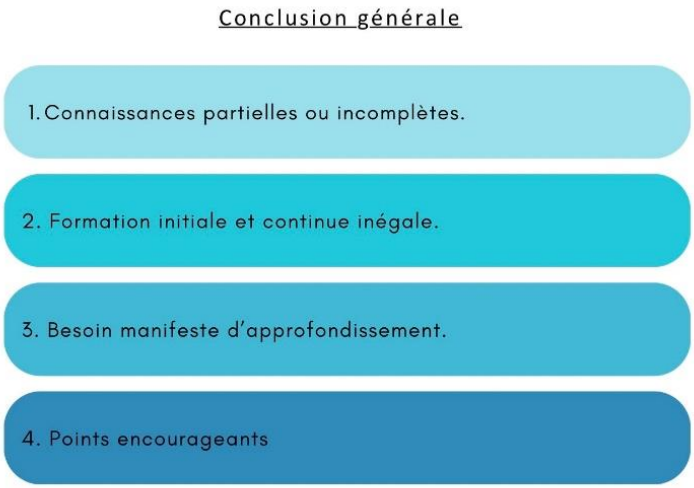
13.12.1 **Suggestions retenues :**



Suggestions pour améliorer la prise en charge des patient·e·s transgenres : Les recommandations des répondants s'articulent autour de trois axes principaux :

- Formation initiale : **78,64 %** des participants préconisent l'intégration de formations sur la transidentité dans le cursus des écoles d'infirmier·ère·s afin de fournir une base solide dès le début de la carrière.
- Formation en milieu professionnel : **73,79 %** soulignent l'importance de proposer des formations spécifiques sur le lieu de travail pour renforcer les compétences pratiques et répondre aux besoins du terrain.
- Ressources en ligne fiables : **47,57 %** estiment que la mise à disposition de sites internet proposant des informations fiables pourrait efficacement combler les lacunes et répondre aux interrogations des professionnels.
- D'autres suggestions incluent des communications par courriel (**19,42%**) ainsi que des idées diverses (**6,80%**).

13.13 CONCLUSION DE L'ENQUÊTE INFIRMIÈRE



13.13.1 **Connaissances souvent partielles ou incomplètes :**

- Bien que la compréhension de la transidentité progresse, des confusions persistent, notamment des assimilations erronées à la chirurgie de réassignation ou à l'intersexuation.

- Les connaissances médicales, comme les risques hormonaux ou les complications chirurgicales, demeurent limitées, avec de nombreuses réponses imprécises.
- Les informations législatives (changement d'état civil, Principes de Jogjakarta, déclassification par l'OMS) sont souvent méconnues ou incorrectement associées (dates citées : 2005, 2018...).

13.13.2 **Formation initiale et continue inégale :**

- Une grande partie des répondants rapporte avoir reçu une sensibilisation brève, voire aucune formation spécifique durant leur cursus.
- Certaines initiatives ponctuelles, telles que des documents PDF, journées de sensibilisation ou interventions associatives, sont mentionnées, mais elles restent rares et non systématiques.

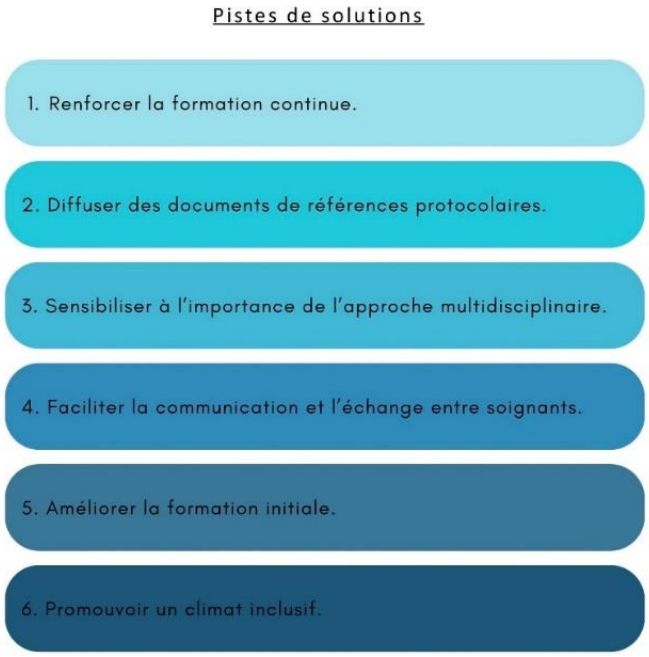
13.13.3 **Besoin manifeste d'approfondissement :**

- De nombreux répondants expriment le souhait d'une formation plus structurée pour être à l'aise dans leur pratique.
- Des incertitudes persistent concernant la prise en charge des patients transgenres, qu'il s'agisse des traitements hormonaux, de l'état civil ou des soins postopératoires spécifiques.

13.13.4 **Points encourageants :**

- La majorité des répondants reconnaît l'importance de respecter les pronoms et l'identité des personnes, même en l'absence de mise à jour de la carte d'identité.
- Une sensibilisation accrue à la santé sexuelle est perceptible, avec une reconnaissance croissante des mesures de prévention des IST, telles que le dépistage, la vaccination contre le HPV, la PrEP et le TPE.

13.14 PISTES DE SOLUTIONS



13.14.1 **Renforcer la formation continue :**

- Mettre en place des modules réguliers sur la santé des personnes transgenres, incluant les traitements hormonaux, la législation et les bonnes pratiques cliniques.
- Développer des formations en e-learning ou en présentiel, intégrant des cas concrets, témoignages et sessions interactives.
- Proposer des ateliers immersifs, tels que des jeux de rôles ou mises en situation, pour améliorer l'accueil et l'interrogation des patient·e·s sur leur identité et leurs pronoms.

13.14.2 **Diffuser des documents de référence et protocoles internes :**

- Fournir des fiches pratiques synthétiques sur :
  - La législation belge et les démarches de changement d'état civil.
  - Les traitements hormonaux et leurs risques.
  - Les complications postopératoires spécifiques et leur gestion.
- Créer un annuaire de ressources, répertoriant associations, centres de référence et sites spécialisés.

13.14.3 **Sensibiliser à l'importance de l'approche multidisciplinaire :**

- Encourager une collaboration étroite entre médecins, endocrinologues, chirurgiens, psychologues et travailleurs sociaux.
- Former des équipes transversales ou désigner des référent·e·s transidentité dans les institutions.

13.14.4 **Faciliter la communication et l'échange :**

- Organiser des réunions de service pour permettre le partage d'expériences et de défis.
- Mettre en place des groupes de parole ou des séminaires afin de promouvoir les bonnes pratiques.

13.14.5 **Améliorer la formation initiale :**

- Intégrer des contenus spécifiques sur la santé des personnes transgenres dans les cursus infirmiers.
- Collaborer avec des associations spécialisées pour développer ces formations, en veillant à une approche adaptée et inclusive.

13.14.6 **Promouvoir un climat inclusif :**

- Normaliser l'usage des pronoms et prénoms d'usage dans les dossiers, bracelets d'identification et autres communications.
- Sensibiliser les soignants aux discriminations subies par les personnes transgenres, tout en encourageant l'empathie et la bienveillance.

14 RÉSULTATS QUESTIONNAIRE PERSONNES TRANSGENRES

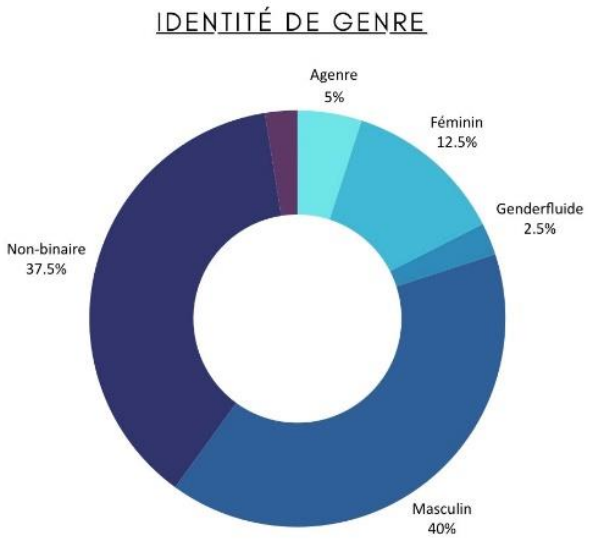
14.1 RÉPARTITION PAR ÂGE

Sur les 40 réponses recueillies, celles-ci se répartissent en deux catégories principales :

- Moins de 18 ans : 4 répondant·e·s sont mineur·e·s.
- Plus de 18 ans : La grande majorité, soit **90%** des répondant·e·s, sont majeurs.

14.2 IDENTITÉS DE GENRE

Le questionnaire permet aux répondant·e·s d'indiquer plusieurs identités de genre :



- Masculin : **40%** des participant·e·s, incluant des personnes en transition FtM ou ayant modifié leur état civil pour indiquer un genre masculin.

- Féminin : **12,5%** des participant·e·s, incluant des personnes en transition MtF ou ayant modifié leur état civil pour indiquer un genre féminin.
- Non binaire : **37,5%** des répondant·e·s.
- Agenre : **5%** des répondant·e·s s'identifient comme agenres.
- Gender fluid : **2,5%** des participant·e·s s'identifient comme gender fluid ou avec des transidentités mixtes, par exemple « majoritairement féminin ».

Ces résultats soulignent la présence significative d'une population non binaire représentant **37,5%** des répondant·e·s. Cependant, beaucoup de documents officiels, comme la carte d'identité, ne permettent toujours pas de refléter cette diversité de genre. Cela met en lumière une divergence entre la réalité vécue par ces individus et une législation qui continue d'adopter une **approche strictement binaire** des identités de genre.

Ces observations sont corroborées par la littérature scientifique, notamment par l'article **d'ALESSANDRIN et MEIDANI** (2023) (Alessandrin, 2023), qui met en évidence les **défis rencontrés** par les personnes non binaires dans les systèmes administratifs et de santé. Ils soulignent que **la non-binarité**, bien qu'étant une réalité vécue par un nombre croissant de personnes, reste largement **invisible dans les cadres législatifs** et **les documents officiels**. En effet, ces derniers maintiennent une vision binaire des identités de genre, rendant difficile pour les personnes non binaires de voir leur identité pleinement reconnue.

Cela illustre le **besoin urgent d'adapter** les systèmes **légaux** et **administratifs** pour mieux inclure et représenter cette diversité de genre, en lien avec les recommandations d'une approche plus inclusive formulées dans la recherche **d'ALESSANDRIN et MEIDANI**.

14.3 DÉMARCHES ADMINISTRATIVES ET DURÉE DE TRANSITION

La majorité des répondant·e·s a déjà entrepris des démarches administratives visant à modifier leur prénom et/ou leur genre à l'état civil. Plus précisément, **75%** des participant·e·s ont effectué un changement de prénom, tandis que **60%** ont procédé à une modification de genre. Par ailleurs, un certain nombre de répondant·e·s ont exprimé leur intention de réaliser ces démarches prochainement, en sélectionnant l'option « Je compte le faire ».

En ce qui concerne la durée de transition, les données indiquent que **62,5%** des répondant·e·s ont entamé leur processus de transition depuis moins de cinq ans, tandis que **37,5%** sont en transition depuis plus de cinq ans. **Ces chiffres** mettent en lumière une diversité de parcours et d'expériences parmi les participant·e·s, mais **soulèvent** également des **problématiques significatives**.

Premièrement, la proportion importante de répondant·e·s ayant déjà effectué un changement de prénom (75%) illustre le rôle central de cette démarche dans la **reconnaissance de l'identité** des personnes en transition. Cependant, comme le souligne le « **MINISTÈRE DE LA JUSTICE ET SECRÉTARIAT D'ÉTAT À L'ÉGALITÉ DES GENRES »** (genres, 2023), **des incohérences** peuvent survenir lorsque le changement de prénom **n'est pas accompagné** d'une modification de genre. Ces situations peuvent engendrer des **confusions administratives** et **accentuer le risque de mégenrage ou de discriminations.**

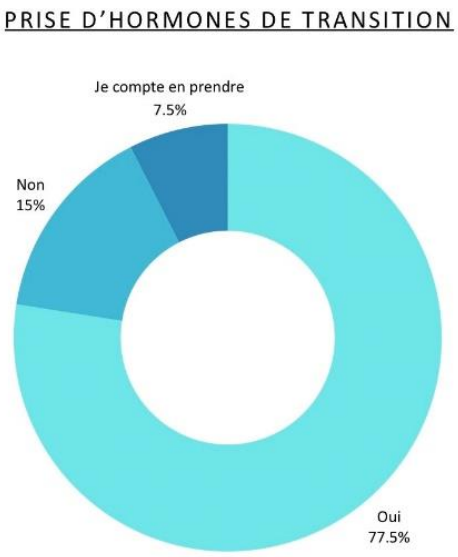
Deuxièmement, les résultats montrent que **60%** des répondant·e·s ont procédé à une modification de genre à l'état civil, mais une proportion significative reste confrontée à des obstacles ou des démarches en attente. Ces données corroborent les observations d'« **ALESSANDRIN et MEIDANI** » (Alessandrin, 2023), qui soulignent que, malgré certaines avancées législatives, les systèmes administratifs dominés par une **vision binaire** des genres restent des sources de stress et de complexités pour les individus concernés.

Troisièmement, la majorité des transitions ayant débuté depuis moins de cinq ans (62,5%) indique une **montée** en **visibilité et en reconnaissance sociale des identités transgenres**. Cependant, cette tendance peut également signaler une pression croissante sur les institutions administratives pour adapter leurs systèmes, comme l'a également relevé le « **MINISTÈRE DE LA JUSTICE ET SECRÉTARIAT D'ÉTAT À L'ÉGALITÉ DES GENRES »** (2023). Un système plus inclusif serait essentiel pour éviter les délais et incohérences pouvant invalider les parcours des individus en transition.

Enfin, mes résultats révèlent indirectement un **besoin urgent** de reconnaissance des identités non binaires. La diversité des parcours décrits suggère qu'une grande partie des participant·e·s ne s'identifie pas nécessairement à un cadre binaire classique. Comme le soulignent « **ALESSANDRIN et MEIDANI** »(2023), les systèmes administratifs actuels ne permettent pas encore de refléter pleinement cette diversité, créant ainsi un **décalage entre la réalité vécue par les individus et les normes législatives.**

14.4 PRISE D'HORMONES DE TRANSITION

Les répondant·e·s se répartissent dans plusieurs situations en ce qui concerne la prise d'hormones :



- **Oui**, prise d'hormones en cours : Une majorité de **77,5%** des participant·e·s a déjà débuté une hormonothérapie, ce qui illustre l'importance de cette étape dans les parcours de transition.
- **Non**, pas d'hormonothérapie en cours : **15%** des répondant·e·s n'en prennent pas, pour des raisons personnelles, médicales ou administratives.
- **« Je compte en prendre »** : **7,5%** des participant·e·s prévoient de débuter une hormonothérapie dans un avenir proche.

Il est également pertinent de noter que les personnes non binaires figurent parmi celles qui prennent ou envisagent des hormones, tout comme les hommes et femmes trans en cours d'hormonothérapie. Ces données mettent en lumière non seulement les **trajectoires diverses** mais aussi les **freins potentiels** auxquels certain·e·s répondant·e·s font face, tels que des **contre-indications médicales** ou **des retards** dus à des **obstacles administratifs**, notamment pour les mineur·e·s.

Les résultats indiquant que **77,5%** des participant·e·s ont commencé une hormonothérapie révèlent **son rôle central** dans les parcours de transition. Cependant, comme l'indiquent « **ALESSANDRIN ET MEIDANI »** (2023), « *l'accès aux traitements hormonaux reste inégal en raison de cadres institutionnels et médicaux encore inadaptés à la diversité des identités de genre* ». Les personnes non binaires, en particulier, font face à des défis spécifiques, étant souvent **invisibilisées** dans les protocoles standards.

De plus, le fait que **15%** des répondant·e·s n'aient pas entamé d'hormonothérapie et que **7,5%** envisagent de le faire illustre la complexité des parcours de transition. Selon le « **MINISTÈRE DE LA JUSTICE ET SECRÉTARIAT D'ÉTAT À L'ÉGALITÉ DES GENRES** » (2023), ces retards peuvent être liés à des obstacles juridiques, médicaux ou sociaux, renforçant la nécessité de politiques plus inclusives pour faciliter l'accès aux traitements.

14.5 CHIRURGIES DE TRANSITION

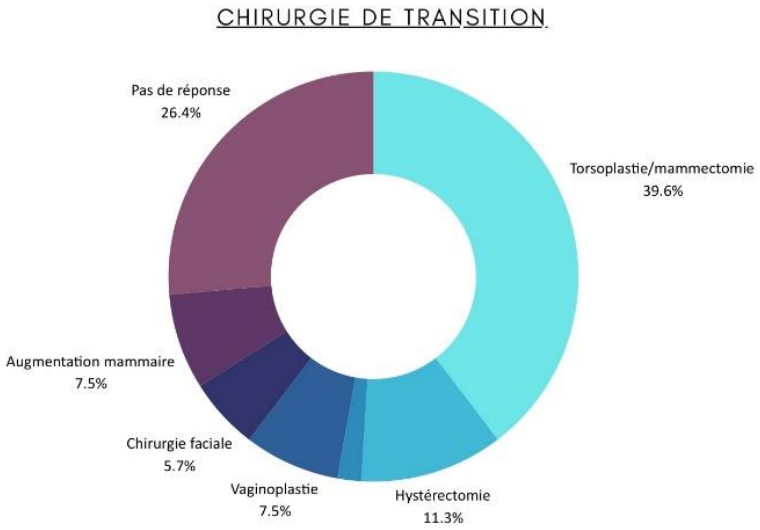
Les résultats du questionnaire montrent que **65%** des répondant·e·s ont réalisé une ou plusieurs chirurgies d'affirmation de genre.

Il convient de souligner que **26,4%** des participant·e·s n'ont pas répondu à la question « *Quelles interventions avez-vous réalisées ?*», laissant volontairement un espace vide dans le questionnaire. Par souci de respecter l'intimité des répondant·e·s, la réponse à cette question n'a pas été rendue obligatoire, permettant ainsi à chacun·e de s'exprimer librement.

Toutefois, cette absence de réponse peut introduire une **incertitude** dans les résultats. Certaines de ces personnes pourraient avoir réalisé une ou plusieurs interventions d'affirmation de genre, mais cela ne sera pas comptabilisé dans les chiffres. En conséquence, cela pourrait potentiellement extrapoler ou sous-estimer les proportions réelles des parcours chirurgicaux décrits.

Cette nuance souligne la nécessité de contextualiser les résultats et de tenir compte des limites méthodologiques liées au caractère volontaire des réponses.

Parmi les opérations les plus mentionnées :



- Torsoplastie/mammectomie/création de torse : **39,6%** des participant·e·s.
- Hystérectomie : **11,3%.**
- Orchidectomie : **1,9%.**
- Vaginoplastie : **7,5%.**
- Chirurgie faciale (féminisation) : **5,7%.**
- Augmentation mammaire : **7,9%.**

Certain·e·s répondant·e·s ont cumulé plusieurs interventions, par exemple une mastectomie accompagnée d'une hystérectomie, tandis que d'autres n'ont pas encore entamé de démarches chirurgicales ou ont choisi de réaliser uniquement une partie du parcours.

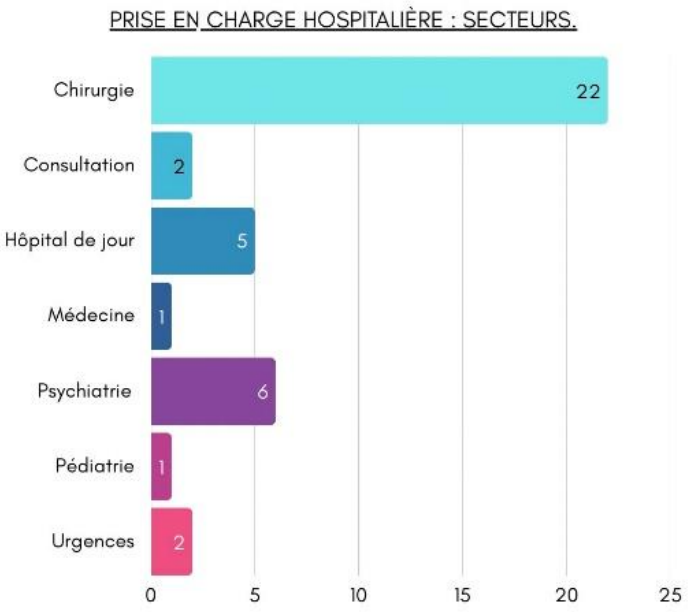
Ces résultats illustrent la diversité des parcours chirurgicaux dans les transitions de genre. La prévalence des chirurgies telles que la torsoplastie (**39,6%**) reflète une demande importante pour des interventions corporelles afin d'affirmer son identité de genre. Toutefois, les données soulignent également que certaines personnes en transition n'ont pas encore eu accès à ces interventions, soit par choix personnel, soit en raison d'obstacles financiers, médicaux ou institutionnels.

Les travaux d' **« ALESSANDRIN et MEIDANI** »(2023) mettent en lumière les complexités liées aux parcours médicaux des personnes transgenres et non binaires, en insistant sur le rôle des chirurgies d'affirmation de genre dans l'amélioration de leur qualité de vie. Selon eux, les restrictions légales, les délais administratifs, ainsi que les coûts élevés de certaines procédures contribuent à prolonger ou limiter l'accès aux interventions, ce qui est en adéquation avec les résultats de mon étude.

De plus, le manque de sensibilisation et d'expertise dans le domaine médical, pour les chirurgies d'affirmation de genre, peut représenter une barrière pour certain·e·s répondant·e·s. Comme le souligne le « **MINISTÈRE DE LA JUSTICE ET SECRÉTARIAT D'ÉTAT À L'ÉGALITÉ DES GENRES »** (2023), une meilleure **adaptation des protocoles** médicaux et une prise en charge globalement plus inclusive sont essentielles pour accompagner les parcours de transition.

14.6 HOSPITALISATION : TYPES DE CHAMBRES ET CONSENTEMENT

14.6.1 Prise en charge hospitalière



Cette question propose un choix multiple avec des cases à cocher, permettant au répondant de sélectionner plusieurs options. À ce jour, **42** réponses ont été enregistrées.

À la suite de l'analyse des résultats obtenus, il apparaît que la répartition des activités hospitalières est la suivante :

- Chirurgie : représente la majorité des activités hospitalières avec **55 %**.
- Hôpital de jour : constitue **12,5 %** des interventions, soulignant l'importance de la prise en charge ambulatoire.
- Psychiatrie : représente **15 %** des activités, démontrant une attention particulière portée aux besoins en santé mentale.
- Consultations et Urgences : chacune correspond à **5 %**, ce qui met en lumière leur rôle complémentaire dans le système hospitalier.
- Médecine générale et Pédiatrie : chacune occupe une place plus réduite avec **2,5 %**.

Ces données montrent une prédominance de la chirurgie et soulignent l'importance croissante des services spécialisés comme la psychiatrie et l'hôpital de jour, tout en tenant compte des secteurs moins représentés mais essentiels tels que la médecine et la pédiatrie.

14.6.2 Types d'établissements

Répartition des répondants par type d'établissement :

- Hôpital de centre-ville : Mentionné par 30 répondants, représentant **75%** des réponses. C'est le type d'établissement le plus fréquemment cité.
- Centre de référence en transidentité : Mentionné par 5 répondants, soit **12,5%**. Généralement bien perçu, bien que certains répondants aient signalé des cas de mégenrage par le personnel infirmier.
- Hôpital de campagne : Mentionné par 3 répondants, correspondant à **7,5%.** Les perceptions sont variées, allant de positives à mitigées.
- CHU Delta, Liège, et autres centres universitaires : Cités par 2 répondants, soit **5%**.

14.6.3 Contexte des hospitalisations

Dans le cadre de la transition : **65%** des consultations sont liées au processus de transition, comprenant des interventions chirurgicales, des suivis psychologiques, et d'autres étapes spécifiques à ce parcours.

Pour des problèmes de santé divers : **35%** des consultations concernent des motifs non liés à la transition, tels que des urgences médicales, des accidents, des consultations en gynécologie, ou d'autres besoins de santé variés.

14.6.4 **Année de l'expérience hospitalière**

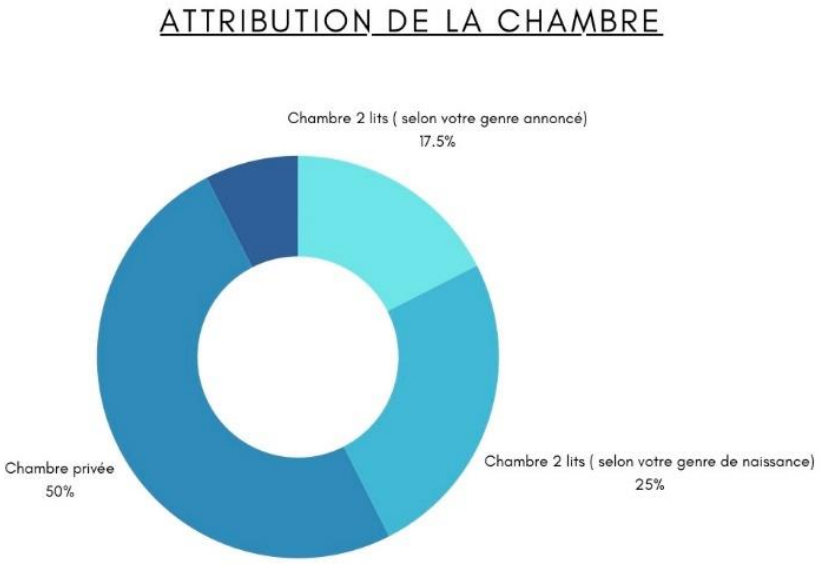
Année de l'expérience hospitalière :

- Avant 2018 : Aucun répondant n'a rapporté d'expérience hospitalière avant cette date.
- Après 2018 : 100% des répondants ont été hospitalisés après l'entrée en vigueur du changement législatif en 2018.

L'impact potentiel de ce changement législatif sur la qualité des soins ou les pratiques hospitalières ne peut être évalué dans cette étude, faute de répondants ayant été hospitalisés avant 2018.

14.6.5 **Attribution de la chambre**

Parmi les répondant·e·s, **92,5%** ont été hospitalisé·e·s ou pris·e·s en charge lors d'une consultation. Concernant l'attribution des chambres :



- Chambre privée : attribuée pour **50%** des participant·e·s, souvent sur exigence du chirurgien ou de manière automatique, parfois sans demande préalable.
- Chambre à 2 lits selon le genre de naissance : attribuée pour **25%** des répondant·e·s, ce qui a été source de plaintes, notamment en psychiatrie.
- Chambre à 2 lits selon le genre annoncé : attribuée pour **17,5%**, une pratique plus rare mais mentionnée.
- Sans réponse : **7,5%** des participant·e·s n'ont pas fourni d'information sur l'attribution de leur chambre.

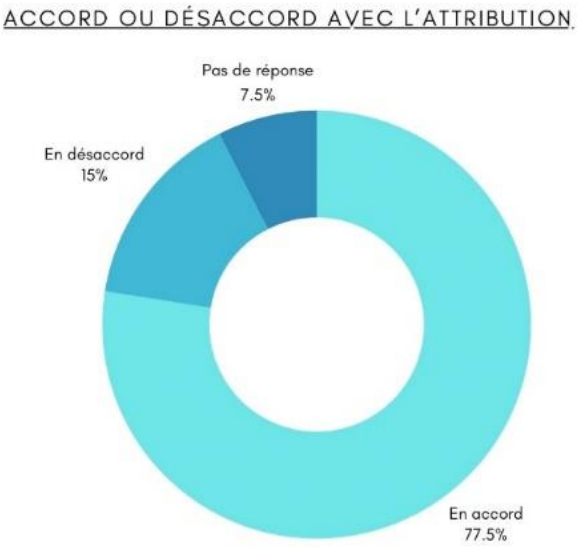
Certain·e·s répondant·e·s ont exprimé leur **mécontentement** face à un manque de consultation concernant l'attribution des chambres. Ils/elles ont rapporté avoir été placé·e·s en chambre seule ou avec une personne de leur sexe assigné à la naissance, sans prise en compte de leur identité de genre. Voici quelques témoignages recueillis :

- *« Toutes les personnes subissant la même intervention le même jour étaient placées dans la même chambre. Personne ne nous a demandé notre avis. »*
- *« On m'a mis d'office dans une chambre seule. »*
- *« Je n'ai pas eu le choix, c'est le chirurgien qui exigeait une chambre seule. »*
- *« le personnel m'a genré au masculin sans problème, car la carte d'identité était déjà changée avant les opérations… et je me suis retrouvé·e seul·e dans la chambre, donc pas de soucis avec un voisin de chambrée. »*

Ces résultats mettent en lumière des pratiques hospitalières qui, bien qu'organisées, peuvent manquer de sensibilité envers les identités de genre des patient·e·s. Selon l'article : *"Transgender stigma and health: A critical review of stigma determinants, mechanisms, and interventions."* Publié en 2015 par **SOCIAL SCIENCE & MEDICINE**, **White Hughto, J. M., Reisner, S. L., & Pachankis, J. E.** abordent l'impact de la stigmatisation sur la santé globale des personnes transgenres et décrit comment un manque de formation du personnel soignant contribue à des discriminations directes ou indirectes.

L'article intitulé "*Transgender-Affirming Hospital Policies*" (Foundation., 2023) publié par la **HRC Foundation** fournit des recommandations sur les meilleures pratiques pour les soins hospitaliers des personnes transgenres. Il aborde notamment les questions liées à l'attribution des chambres, en soulignant l'importance de respecter l'identité de genre des patient·e·s pour éviter des situations invalidantes ou discriminatoires.

14.6.6 **Accord ou désaccord avec l'attribution**



Les données montrent que **77,5%** des répondant·e·s sont en accord avec l'attribution de leur chambre, tandis que **15%** expriment leur désaccord et **7,5%** n'ont pas répondu à cette question. Il est important de noter que **50%** des participant·e·s ont bénéficié d'une chambre privée **attribuée d'office**, souvent sur exigence du chirurgien ou sans demande préalable. Ce confort relatif explique en partie le taux élevé de satisfaction.

Quelques cas positifs ont également été rapportés, notamment lorsque deux personnes trans ont été placées ensemble dans une chambre à deux lits. Ce type d'attribution a été apprécié par les patient·e·s concerné·e·s, comme en témoigne ce retour : *« iels ont quand même mis deux patients trans dans la même chambre, ce qui faisait qu'au final ça m'allait. »*

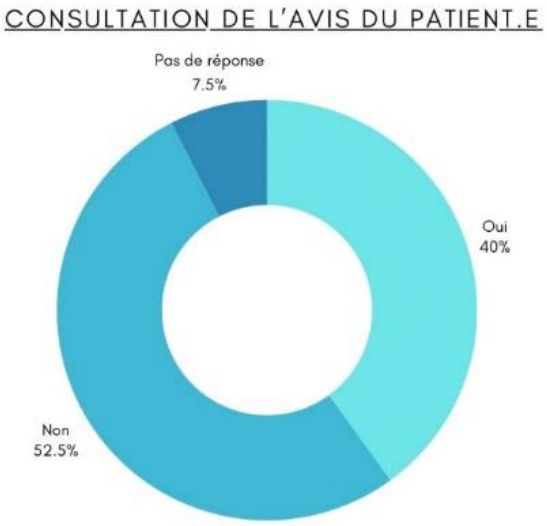
Cependant, les réponses mettent également en évidence des **situations problématiques** liées à l'attribution de chambres à deux lits selon le genre assigné à la naissance. Ces placements ont généré du **mégenrage** et un **inconfort** significatif chez certain·e·s répondant·e·s, comme en témoignent ces retours :

- *« j'ai partagé une chambre avec un homme cis. personne m'avait consulté. j'aurais préféré être avec une femme ou une autre personne trans, vu qu'on était plusieurs à recevoir une mastectomie le même jour. »*
- *« mégenrage tout au long de l'hospitalisation… propos très déplacés comme "tu es une fille, tu resteras une fille" et utilisation du deadname, aucun effort pour dire mon prénom ou mes pronoms. »*

Ces résultats soulignent la nécessité d'une prise en compte systématique de l'identité de genre des patient·e·s lors de l'attribution des chambres, afin de garantir leur bien-être durant l'hospitalisation.

L'article "*Transgender-Affirming Hospital Policies*" publié par la **HRC Foundation** met en lumière les bonnes pratiques pour garantir des soins respectueux envers les patient·e·s transgenres, y compris lors de l'attribution des chambres. Il insiste sur l'importance de consulter les patient·e·s pour éviter des situations invalidantes ou discriminatoires, en particulier dans des environnements où les normes binaires sont encore prédominantes.

14.6.7 **Consultation de l'avis du patient·e**



Les résultats montrent que **40%** des répondant·e·s ont affirmé avoir eu le choix concernant l'attribution de leur chambre, tandis que **52,5%** déclarent ne pas avoir eu cette opportunité. **7,5%** des répondant·e·s n'ont pas fourni de réponse à cette question.

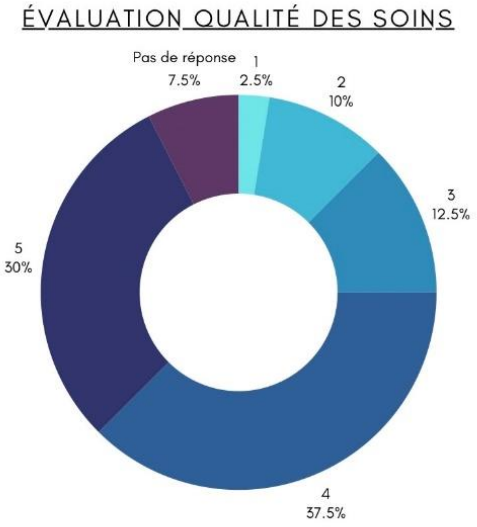
Cependant, certains témoignages positifs ont été mentionnés, avec des répondant·e·s affirmant avoir été consulté·e·s concernant leur préférence. Ces consultations, bien que minoritaires, permettent de prendre en considération les besoins spécifiques des patient·e·s, notamment en lien avec leur identité de genre et leur confort personnel.

Ces résultats font écho aux recommandations de la **HRC Foundation** (2023) dans son document : « *Transgender-Affirming Hospital Policies* », qui souligne l'importance de respecter les préférences des patient·e·s en matière d'attribution des chambres. Selon ce guide, un manque de consultation peut contribuer à des situations inconfortables ou discriminatoires, notamment lorsque l'identité de genre des patient·e·s n'est pas prise en compte. Une meilleure sensibilisation du personnel médical et la mise en place de politiques hospitalières inclusives sont essentielles pour garantir un environnement respectueux et sécurisé.

14.7 RESSENTI QUANT AUX SOINS ET À LA DISCRIMINATION

14.7.1 **Évaluation de la qualité des soins**

Les répondant·e·s ont évalué la qualité des soins sur une échelle de 1 à 5, avec les résultats suivants :



- 1/5 : **2,5%** des participant·e·s.
- 2/5 : **10%** des participant·e·s.
- 3/5 : **12,5%** des participant·e·s.
- 4/5 : **37,5%** des participant·e·s.
- 5/5 : **30%** des participant·e·s.
- Sans réponse : **7,5%** des participant·e·s.

Les notes élevées (4 et 5) indiquent une **satisfaction importante** concernant le suivi et la qualité humaine du personnel, salués pour leur bienveillance et leur implication. Cependant, certaines notes plus basses (2 ou 3) reflètent des problématiques telles que des **remarques déplacées**, un **manque d'écoute** ou un **déficit d'information concernant la transition**. Les avis sont donc partagés, avec des témoignages allant de très positifs à des expériences nettement moins satisfaisantes.

- Notes positives : « *Le personnel était bienveillant et à l'écoute tout au long de mon séjour. Je me suis senti·e respecté·e.* ».
- Notes négatives : « *Manque d'information sur la transition, beaucoup de mégenrage durant les consultations.* »

Ces résultats mettent en évidence l'importance de la qualité de l'interaction entre patient·e·s et personnel soignant. Les travaux de la **HRC Foundation** (2023) dans « *Transgender-Affirming Hospital Policies* »soulignent que la formation du personnel sur les questions liées aux identités de genre est essentielle pour éviter des situations invalidantes ou discriminatoires. L'intégration de pratiques inclusives, telles que l'utilisation des pronoms affirmés et une meilleure sensibilisation à la transition, peut significativement améliorer l'expérience des patient·e·s.

Mes données, montrent une satisfaction élevée chez une partie des répondant·e·s, mais aussi des lacunes dans l'écoute et l'accompagnement, correspondent aux observations de cette source. Elles soulignent le besoin d'approches systématiques pour garantir une égalité dans les soins, quel que soit le parcours des patient·e·s.

14.7.2 **Discriminations, transphobie et deadnaming**

Les données révèlent que **57,5%** des répondant·e·s ont ressenti de la discrimination ou un traitement inapproprié en raison de leur identité de genre. Ces expériences incluent plusieurs formes de comportements problématiques :

- **Mégenrage** : Une partie des répondant·e·s rapporte que le personnel a utilisé des pronoms ou titres incorrects, ignorant leur identité de genre. Par exemple : « *On continue à me dire 'Madame' alors que je suis un homme trans.* » D'autres témoignages évoquent des refus explicites de respecter le prénom choisi ou les pronoms affirmés, accompagnés de remarques déplacées telles que : « *C'est une mode et si on le fait pour toi, on doit le faire pour tout le monde.* » ou « *j'ai ete megenre a plusieurs reprises lors de consultation alors que ma carte d'identite stipule que je suis un homme. lors de mon operation, aucun traitement n'a ete inapproprie* ».
  Dans cette revue : « *Experiences of transgender people in healthcare: A systematic review.Journal of Homosexuality* » rédigée par **Jones, B. A., Brewin, N. en 2017,** les expériences négatives sont mises en évidence , elles sont féquemment vécues par les patient.e.s trans (mégenrage, refus de soins, manque de connaissance du personnel soignant) et souligne l'importance d'une **formation adéquate**.
- **Deadnaming** : L'utilisation du prénom de naissance, malgré un changement officiel ou une demande explicite, est une source de frustration et de douleur pour les répondant·e·s. Un témoignage illustre cette problématique : « *À l'accueil, la personne a refusé de mentionner quelque part mon prénom d'usage et m'a dit que je devais faire des efforts.* » « *le personnel refusait de m'appeler par mon prenom choisi et de me genrer correctement. « c'est une mode et si on le fait pour toi on doit le faire pour tout le monde »*
- **Propos transphobes** : Certains répondant·e·s ont été confronté·e·s à des remarques invalidantes telles que : « *Tu es une fille, tu resteras une fille* » ou « *On ne va pas commencer à genrer tout le monde comme iel veut.* » *ou « l'infirmiere qui accompagne ma dermatologue pour un probleme de sante sans rapport avec ma transidentite qui me pose des questions sur ma transidentite , a voix haute, dans une salle d'attente remplie »*
- **Refus de soins ou erreurs médicales** : Des incidents graves ont été rapportés, tels que le retrait injustifié de médicaments par peur d'interactions hormonales, ou des erreurs médicales ayant entraîné des complications physiques. Par exemple : « *Une infirmière m'a paralysé·e la cuisse droite en faisant mon injection, car elle estimait que faire une injection sur la cuisse était trop intrusif.* » ou encore : *« lors d'un passage aux urgences, je n'etais pas encore opere du torse mais deja hormone. il a fallu poser des electrodes et les soignants se sont alors rendus compte que j'etais transgenre. ils m'ont alors dit que je n'avais plus droit aux antalgiques que j'avais jusque-la en perf parce qu'ils n'etaient pas surs de l'impact que ca aurait avec le traitement hormonal. ils m'ont ensuite "gronde" en m'informant que je devais toujours declarer que j'etais en transition. » ; « une gynecologue m'a dit "ce n'est pas dans l'ethique de l'hopital" lorsque je me suis renseigne pour me faire prelever des ovocytes avant de prendre des hormones, tout ca parce que j'ai fini par dire qu'il fallait me genrer au masculin car j'etais une personne transgenre. avant que je ne l'annonce, la*

gynecologue etait prete a me donner acces a cette intervention sans probleme car il y avait toujours le "f" sur ma carte d'identite et que je n'etais pas hormone donc toujours androgyne.

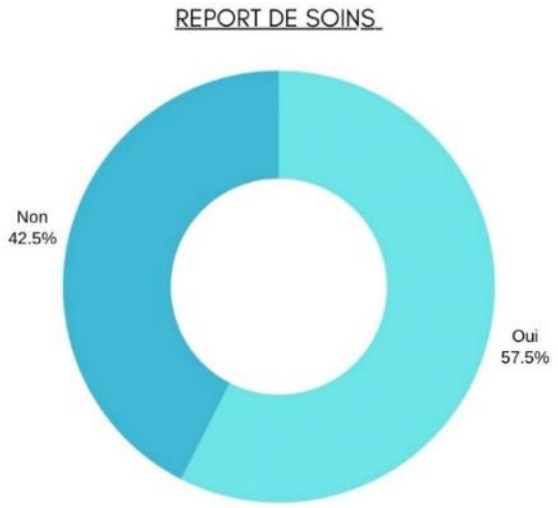
L' **AGENCE DES DROITS FONDAMENTAUX DE L'UNION EUROPÉENNE** en 2014 mettait en évidence les discriminations vécues par les personnes trans dans le système de santé à l'échelle européenne et la nécessité de formations spécialisées à travers une analyse comparative : « *Being Trans in the EU – Comparative analysis of the EU LGBT survey data***.** »

Les témoignages recueillis dans mon étude **viennent confirmer les constats déjà posés il y a plus de onze ans** dans cette source de référence, qui dénonçait les lacunes persistantes dans les pratiques hospitalières à l'égard des personnes transgenres. Or, malgré le temps écoulé, aucune amélioration notable n'a été constatée sur le terrain. Les solutions proposées à l'époque — telles que la sensibilisation du personnel soignant, l'utilisation systématique des pronoms affirmés, ou encore la mise en place de politiques anti-discrimination — restent aujourd'hui largement absentes des institutions de soins, comme le reflètent les retours des répondants à mon enquête.

Ces résultats mettent en lumière des problématiques systémiques dans la prise en charge des personnes transgenres. L'article "*Transgender-Affirming Hospital Policies*" publié par la **HRC Foundation** souligne l'importance de former le personnel médical pour éviter les comportements discriminatoires, tels que le mégenrage ou le deadnaming. Il insiste également sur la nécessité de développer des protocoles inclusifs pour garantir des soins respectueux et adaptés aux besoins des patient·e·s transgenres.

14.7.3 **Peur de consulter et reports de soins**

Les données révèlent que **57,5%** des répondant·e·s ont déclaré avoir reporté ou annulé des consultations et soins en raison de la peur de discrimination. Les témoignages montrent que cette crainte est largement alimentée par des expériences négatives antérieures ou par l'absence de garanties quant à l'accueil respectueux des professionnels de santé.



Voici les problématiques principales relevées :

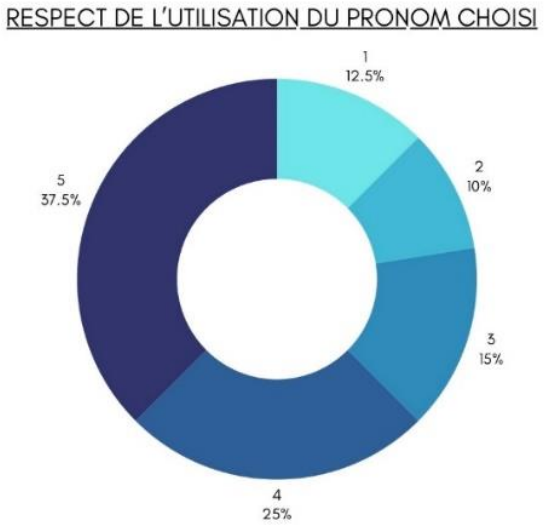
- **Évitement des consultations** : Les répondant·e·s préfèrent reporter leurs soins, voire ne pas consulter, tant qu'ils/elles n'ont pas trouvé un professionnel de santé considéré comme « *safe* » ou « *trans-friendly* ». Cela concerne aussi bien des généralistes que des spécialistes, comme les gynécologues et dentistes. Témoignage : « *j'ai deja repousse des consultations chez le medecin generaliste, dentiste, dermatologue, ophtalmo, gyneco, ... par peur de discrimination. je prefere attendre de trouver quelqu'un de "safe" plutot que de me retrouver dans des situations non-securisantes.* »ou « *je devrais chercher a faire diagnostiquer mon endometriose qui s'empire mais je n'irai pas consulter tant qu'on ne me recommande pas quelqu'un de safe* » ou « *j'ai beaucoup repousse certaines consultations par crainte de la reaction du professionnel de sante lors de l'annonce de ma transidentite. au final je n'ai pas eu de mauvaises experiences de mon cote. mais je sais qu'elles existent* » ; « *quand je doit aller voir un medecin dit pour femme et que je sais qui aura qu'est femme et du coup quand on t appel ils dise madame* »
- **Crises d'angoisse avant les rendez-vous** : Certain·e·s rapportent des crises d'angoisse liées à la perspective de revivre des expériences déplacées ou invalidantes. Témoignage : « *J'ai fait une crise d'angoisse avant le RDV – ces pratiques étaient déplacées. et pourtant, endocrinologue connu, de reference* »

- **Refus de soins ou manque de sensibilisation** : Des patient·e·s transgenres signalent des interactions où leur identité de genre n'a pas été reconnue ou respectée, notamment dans des services spécifiques comme la gynécologie. Témoignage : « *gynecologie... on n'a insiste sur le faite que ce n'etait pas le service approprie vu que je suis un homme plutot que de me poser la question si je suis transgenre au vue de ma demande* »

Ces comportements non-inclusifs ont des **répercussions graves** sur la santé des patient·e·s, allant jusqu'au renoncement aux soins. L'un des témoignages recueillis évoque, par exemple, une personne qui évite toute consultation malgré une suspicion d'endométriose évolutive, par crainte d'être mal accueillie ou jugée. Une telle situation **compromet directement la sécurité du patient** et illustre **l'impact concret** d'un environnement de soins non inclusif.

14.8 RESPECT, SÉCURITÉ ET INFORMATION LORS DES SOINS INFIRMIERS

14.8.1 Utilisation du pronom choisi



Les répondant·e·s ont évalué la qualité des interactions avec le personnel soignant sur une **échelle de 1 à 5**, avec les résultats suivants :

- 1/5 : **12,5%** des participant·e·s, reflétant une expérience très négative.
- 2/5 : **10%** des participant·e·s, évoquant des frustrations ou problèmes importants.
- 3/5 : **15%**, indiquant une satisfaction partielle, souvent accompagnée de critiques.
- 4/5 : **25%**, une note élevée représentant une expérience généralement positive.
- 5/5 : **37,5%**, exprimant une très grande satisfaction quant à l'accueil et au respect.

Points positifs :

- Certain·e·s répondant·e·s notent que le personnel respecte les pronoms et prénoms souhaités, particulièrement dans les cas où la carte d'identité a déjà été modifiée. Ces efforts renforcent le sentiment de sécurité et d'acceptation des patient·e·s, ce qui est crucial dans la qualité des soins.

Points négatifs :

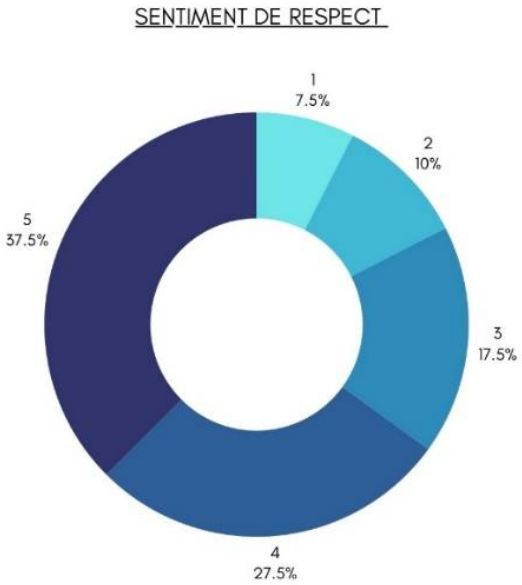
- Mégenrage systématique : L'utilisation de mauvais pronoms ou titres continue d'être une expérience récurrente et invalidante pour une partie des répondant·e·s.
- Usage du deadnaming : Malgré les demandes explicites des patient·e·s, le prénom de naissance est parfois utilisé, créant un climat de malaise.
- Manque d'efforts ou de considération : Une partie du personnel ne fait pas preuve d'une volonté suffisante de respecter l'identité des patient·e·s, ce qui contribue à des expériences négatives.

Ces témoignages révèlent un manque de formation ou de sensibilisation du personnel concernant les enjeux liés aux identités de genre. Cette disparité dans les pratiques souligne l'importance de protocoles institutionnels plus inclusifs.

14.8.2 **Sentiment de respect et de sécurité**

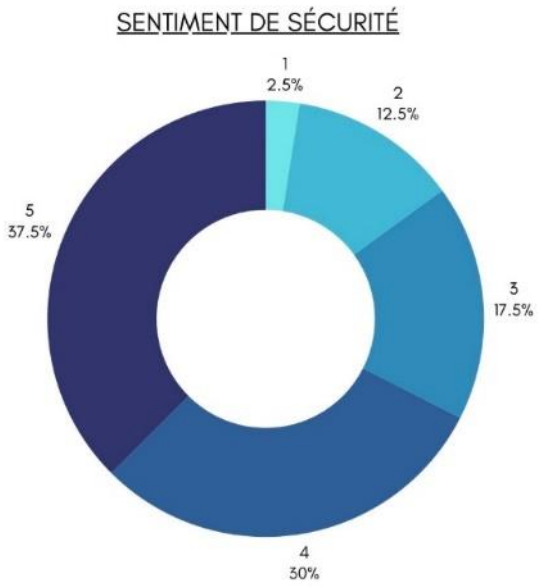
Les répondant·e·s ont évalué deux aspects clés – le respect de leur identité et leur sentiment de sécurité – sur une **échelle de 1 à 5**, avec les résultats suivants :

Respect :



- 1/5 : **7,5%,** exprimant une insatisfaction importante.
- 2/5 : **10%**, évoquant des frustrations notables.
- 3/5 : **17,5%**, reflétant une satisfaction partielle.
- 4/5 : **25,5%**, une appréciation généralement positive.
- 5/5 : **37,5%**, indiquant un respect élevé ressenti par les patient·e·s.

Sécurité :



- 1/5 : **2,5%**, représentant une expérience très négative.
- 2/5 : **12,5%**, signalant des inquiétudes ou une insatisfaction importante.
- 3/5 : **17,5%**, un sentiment mitigé de sécurité.
- 4/5 : **30%**, une note élevée traduisant un environnement généralement sûr.
- 5/5 : **37,5%**, indiquant une forte satisfaction concernant la sécurité.

Points positifs :

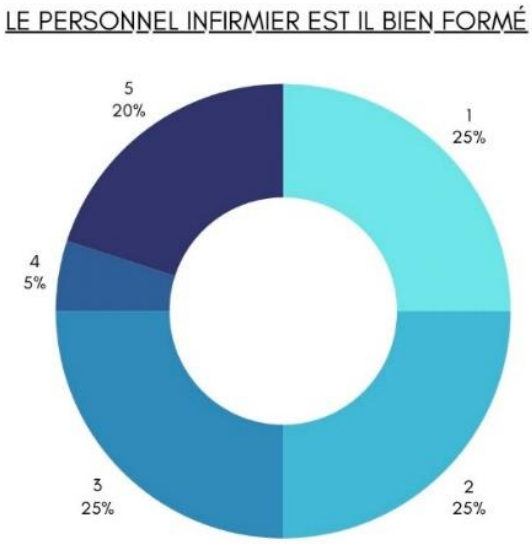
- Les notes élevées (4 ou 5) sont fréquentes chez les patient·e·s ayant été pris·e·s en charge dans des services spécialisés ou des centres de référence en transidentité. Ces structures semblent offrir une prise en charge plus adaptée, où le respect des pronoms et prénoms affirmés est systématiquement intégré, renforçant le sentiment de sécurité et de reconnaissance des patient·e·s.

Points négatifs :

- Les notes basses (1 ou 2) traduisent des expériences négatives, telles que :
    - Remarques blessantes : Les répondant·e·s rapportent des interactions marquées par des propos invalidants.
    - Sentiment d'être ignoré·e ou non pris·e au sérieux : Certains témoignent d'un manque d'attention ou de considération de la part du personnel.
    - Harcèlement verbal ou physique : Dans les cas les plus graves, des comportements discriminatoires ou agressifs ont été signalés, amplifiant le sentiment d'insécurité.

14.8.3 **Connaissance des besoins spécifiques par le personnel infirmier**

Les répondant·e·s ont évalué la qualité de la prise en charge par l'équipe infirmière sur une **échelle de 1 à 5**, avec les résultats suivants :



- 1/5 : **25%**, indiquant une insatisfaction importante liée à des expériences négatives.
- 2/5 : **25%**, traduisant des frustrations notables.
- 3/5 : **25%**, reflétant une satisfaction partielle.
- 4/5 : **5%**, exprimant un avis généralement positif.
- 5/5 : **20%**, représentant une satisfaction élevée parmi une minorité des répondant·e·s.

Points positifs :

- Les participant·e·s ayant attribué des notes élevées (4 ou 5) soulignent que l'équipe infirmière était bien informée et semblait sensibilisée aux besoins spécifiques des patient·e·s, notamment en ce qui concerne leur identité de genre et leur confort. Ces témoignages reflètent un niveau d'engagement et de respect qui contribue positivement à l'expérience hospitalière.

Points négatifs :

- Cependant, une part significative des répondant·e·s (**50%**) a exprimé des critiques importantes, mettant en lumière des lacunes dans la formation du personnel infirmier. Les erreurs signalées incluent :
    - **Refus injustifié d'antalgiques** : Certains patient·e·s rapportent avoir été privé·e·s de médicaments nécessaires, souvent en raison d'une mauvaise gestion ou d'une appréhension liée aux interactions hormonales.
    - **Mauvaise gestion des drains** : Des incidents médicaux, comme le retrait des drains sans précaution, ont entraîné des complications douloureuses et des prolongations de la cicatrisation.

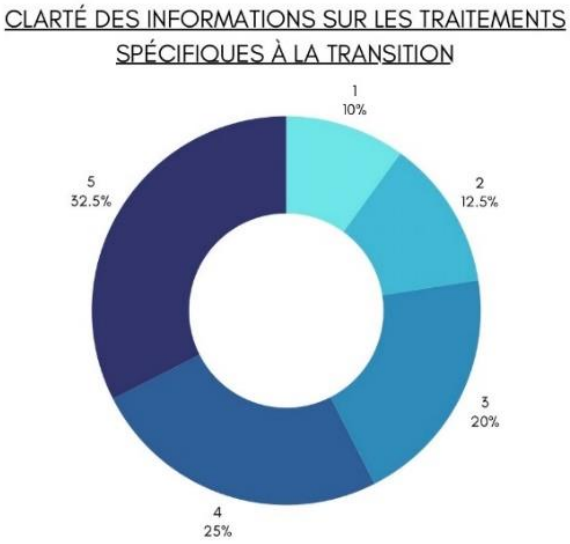
- **Remarques inappropriées** : Les patient·e·s mentionnent des propos déplacés, parfois invalidants, qui reflètent un manque de sensibilisation et d'empathie.

L'article publié par le «*Journal of Midwifery & Women's Health"* en 2017 , écrit par **Wesp, L. M., Deutsch, M. B., Grimaldo, G., & Herzberg, D.** s'intitulant :" *Providing Transgender Healthcare in Health Professional Education."* Met l'accent sur la formation des **professionnel·le·s de santé** et propose des **recommandations** pour intégrer la santé trans dans les cursus infirmiers et médicaux.

14.9 CONFIDENTIALITÉ, PRISE EN COMPTE DES DROITS DES PATIENT·E·S TRANS

14.9.1 Informations sur le traitement spécifique à la transition

Les répondant·e·s ont évalué la qualité et la complétude des informations reçues concernant les traitements spécifiques à la transition sur une **échelle de 1 à 5**, avec les résultats suivants :



- 1/5 : **10%**, signalant une grande insatisfaction.
- 2/5 : **12,5%**, reflétant une frustration notable.
- 3/5 : **20%**, indiquant une satisfaction partielle ou mitigée.
- 4/5 : **25%**, traduisant une expérience globalement positive.
- 5/5 : **32,5%**, exprimant une très grande satisfaction, représentant toutefois une minorité.

Ces résultats montrent que seuls **32,5%** des répondant·e·s estiment avoir reçu toutes les informations nécessaires sur leurs traitements spécifiques à la transition. La majorité des participant·e·s expriment donc un besoin accru de clarté, d'accompagnement et d'explications détaillées concernant ces aspects critiques du parcours médical.

Points positifs :

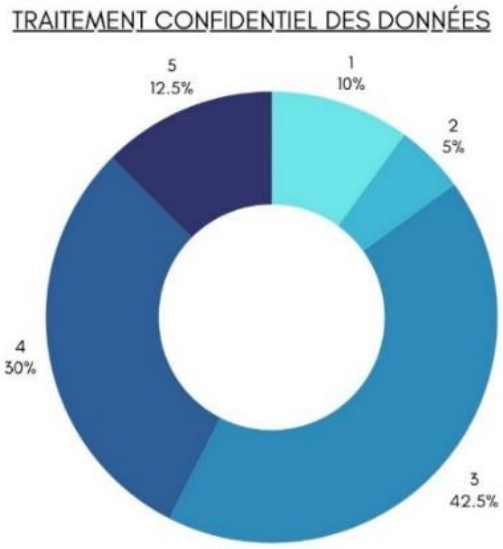
- Les répondant·e·s ayant attribué une note élevée (4 ou 5) saluent une communication claire et détaillée de la part des professionnels de santé, notamment dans les centres spécialisés ou auprès de praticien·ne·s formé·e·s aux enjeux liés à la transition.

Points négatifs :

- Les notes basses (1 ou 2) soulignent un manque criant d'information, qui peut entraîner des conséquences sur la prise de décisions éclairées et le sentiment de confiance envers les équipes médicales. Certains répondant·e·s rapportent une absence de réponses adaptées à leurs questions spécifiques ou un déficit de documentation expliquant les processus de transition.

14.9.2 **Protection des données personnelles**

Les répondant·e·s ont évalué la protection de leurs données personnelles sur une **échelle de 1 à 5**, avec les résultats suivants :



- 1/5 : **10%**, reflétant une expérience très insatisfaisante en matière de confidentialité.
- 2/5 : **5%**, traduisant un mécontentement notable.
- 3/5 : **42,5%**, indiquant une protection correcte mais parfois imparfaite.
- 4/5 : **30%**, signalant une appréciation globalement positive.
- 5/5 : **12,5%**, représentant une grande satisfaction.

Ces chiffres montrent que, dans l'ensemble, la majorité des répondant·e·s considère que leurs données personnelles sont relativement bien protégées (notes de 3 et au-dessus). Cependant, certaines expériences négatives et incidents rapportés révèlent des lacunes importantes dans la gestion de la confidentialité.

Points positifs :

- Les notes élevées (4 ou 5) montrent que les patient·e·s se sentent globalement en confiance lorsque des mécanismes de protection efficaces sont en place. Cela inclut la discrétion dans les échanges et une gestion adaptée de leurs informations personnelles.

Points négatifs :

- Certains incidents graves ont été mentionnés, signalant des atteintes à la confidentialité et au respect de la vie privée :
  - Appel à haute voix du deadname en salle d'attente : Cette pratique expose inutilement l'identité des patient·e·s devant d'autres personnes, causant malaise et humiliation.
  - Questions indiscrètes posées en public : Certaines remarques, telles que « *Est-ce que vous avez fait l'opération ?* », reflètent un manque de considération pour la sensibilité des informations personnelles. Ces interactions nuisent à la confiance entre patient·e·s et professionnel·le·s de santé.

14.9.3 **Informations sur la loi et les droits des patient.e.s transgenres**

Les résultats montrent que **72,5%** des répondant·e·s estiment que le personnel infirmier est **peu ou pas informé** des droits spécifiques des personnes transgenres. Cette observation met en lumière un déficit de sensibilisation et de formation sur les législations et protections existantes pour ces patient·e·s, créant un environnement parfois inadapté à leurs besoins.

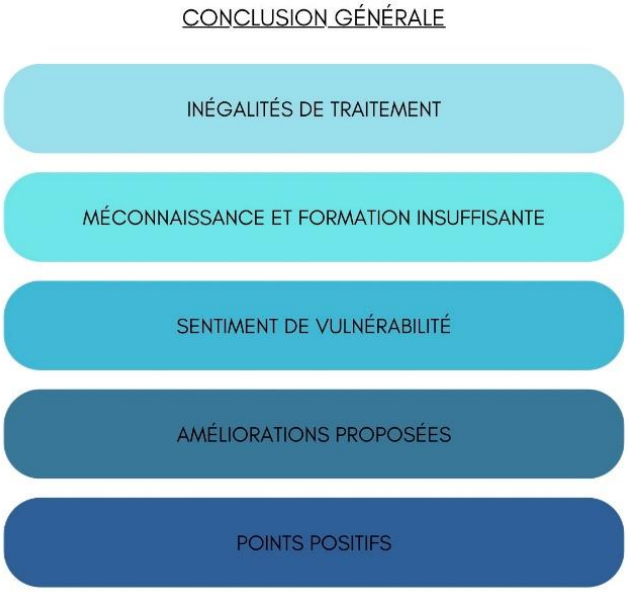
Points positifs :

- Malgré cette lacune généralisée, certain·e·s répondant·e·s notent des efforts récents, notamment via des programmes de formation en cours. Ces initiatives, bien que limitées, témoignent d'une volonté progressive d'améliorer la connaissance des lois et des droits liés à la prise en charge des personnes trans.

Points négatifs :

- L'absence de sensibilisation approfondie sur les droits des patient·e·s transgenres peut entraîner des pratiques hospitalières inappropriées, comme le mégenrage ou le refus de respecter les pronoms et prénoms affirmés. Ce manque de connaissance peut aussi affecter la confiance des patient·e·s envers les institutions de santé.

14.10 CONCLUSION DE L'ENQUÊTE DES PERSONNES TRANSGENRES



14.10.1 **Inégalités de traitement :**

- L'expérience hospitalière varie fortement d'un établissement à l'autre, d'un service à l'autre et selon les professionnel·le·s de santé.

14.10.2 **Méconnaissance et formation insuffisante :**

- Les problèmes les plus signalés concernent le mégenrage, le deadnaming et une mauvaise compréhension des spécificités médicales et administratives liées à la transition.

14.10.3 **Sentiment de vulnérabilité :**

- De nombreuses personnes retardent leurs soins par peur de discrimination.
- Certain·e·s ressentent un stress important (angoisses, crises) avant ou pendant leurs rendez-vous.

14.10.4 **Améliorations proposées :**

- Formations et sensibilisation du personnel médical, infirmier et administratif.
- Meilleure écoute des patient·e·s et prise en compte de leur identité.
- Consultation du patient sur l'attribution de la chambre pour éviter les situations inconfortables.

14.10.5 **Points positifs :**

- Certain·e·s professionnel·le·s et hôpitaux font preuve d'un grand respect et d'une bonne information sur la transidentité.
- Lorsque ces conditions sont réunies (respect du genre, attribution adaptée de la chambre, personnel bienveillant), l'expérience hospitalière est perçue comme positive et rassurante.

L'enquête révèle une **grande diversité** d'expériences, allant du **très positif** (soins respectueux, personnel bien informé) au **très négatif** (mégenrage systématique, deadnaming, transphobie explicite).

Une majorité des répondant·e·s **insiste sur l'urgence de formations** et **de sensibilisations obligatoires** pour tout le **personnel hospitalier**, ainsi que sur la nécessité de respecter systématiquement le prénom d'usage et l'identité de genre.

Malgré des progrès observés, notamment grâce à certains centres spécialisés et soignant·e·s engagé·e·s, des lacunes importantes persistent. Elles concernent notamment :

- **L'information médicale** (hormonothérapie, interactions médicamenteuses, suivi postopératoire).
- **Le droit des patient·e·s transgenres** (changement d'état civil, reconnaissance administrative).
- **La prise en compte des identités de genre** dans la communication et l'organisation des soins.

Ces insuffisances contribuent à un sentiment de méfiance et de stress chez certain·e·s patient·e·s, pouvant aller jusqu'au report ou à l'annulation de rendez-vous médicaux, avec un impact négatif sur leur santé.

14.11 AXES D'AMÉLIORATIONS

14.11.1 **Formation systématique sur la transidentité** : durant les études infirmières et formation continue, pour éviter mégenrage et discriminations.

14.11.2 **Formation administrative et législative :** pour mieux connaître les droits des personnes trans et gérer le prénom d'usage dans les documents.

14.11.3 **Meilleure écoute et questionnement :** adapté lors de l'admission, avec la possibilité de déclarer clairement son prénom et son genre dans le dossier.

14.11.4 **Sensibilisation de tout le personnel** (infirmier·ère·s, aides-soignant·e·s, médecins, cadres, réception, accueil, etc.).

14.11.5 **Consultation sur le type de chambre :** pour éviter mégenrage et situations inconfortables**.**

14.11.6 **Respect strict de la confidentialité :**

- Éviter les questions indiscrètes en public.
- Ne pas afficher l'ancien prénom ou le genre légal si cela ne correspond pas à l'identité de la personne.

14.12 PISTES DE SOLUTIONS

14.12.1 **Renforcer systématiquement la formation des soignant·e·s :**

- Intégrer des modules spécifiques sur la prise en charge médicale et les droits des personnes transgenres, aussi bien en formation initiale qu'en formation continue.

14.12.2 **Sensibiliser l'ensemble du personnel hospitalier :**

- Informer toutes les catégories de personnel (accueil, administration, médecins, infirmier·ère·s, aides-soignant·e·s) sur :
  - La diversité des identités de genre.
  - Le respect du prénom d'usage.
  - L'importance d'un environnement bienveillant et inclusif.

14.12.3 **Assurer un suivi uniforme avec des protocoles clairs :**

- Mettre en place des procédures standardisées pour :
  - L'attribution des chambres en fonction de l'identité de genre.
  - L'affichage et l'usage du prénom d'usage dans les dossiers et communications.
  - La protection de la confidentialité afin d'éviter toute exposition involontaire ou discrimination.

14.12.4 **Créer des espaces de dialogue et d'écoute :**

- Favoriser des retours d'expérience des patient·e·s transgenres pour adapter et améliorer les pratiques.
- Instaurer un climat où les préoccupations des patient·e·s sont entendues et prises en compte.

15 ANALYSE CROISÉE DES DEUX ENQUÊTES

15.1 CONNAISSANCE ET UTILISATION DU « PRONOM CHOISI » ET DU PRÉNOM D'USAGE

Les témoignages des patient·e·s transgenres mettent en lumière des problèmes persistants tels que le mégenrage, le deadnaming et un **manque de respect de l'identité** déclarée. Cependant, certain·e·s reconnaissent des efforts positifs dans des services sensibilisés ou spécialisés. Du côté des infirmier·ère·s, si la majorité exprime **une volonté de respecter** les pronoms et le genre des patient·e·s, des pratiques maladroites subsistent, comme se référer à une carte d'identité non modifiée ou demander le prénom de naissance, perçu comme intrusif. Ce contraste entre intentions et pratiques reflète **l'absence de protocoles uniformisés**, conduisant à une prise en charge inégale selon les établissements. Il est donc impératif de **renforcer la formation** des professionnel·le·s et de **structurer des protocoles clairs** pour garantir un accueil respectueux et cohérent à tou·te·s et sécuriser le personnel soignant dans sa prise en charge.

15.2 FORMATION ET SENSIBILISATION SUR LA TRANSIDENTITÉ

Le **besoin de formations** sur la transidentité est un **enjeu partagé** entre patient·e·s transgenres et professionnel·le·s de santé. Les patient·e·s déplorent le **manque de sensibilisation** du personnel hospitalier, qui entraîne des maladresses, voire des propos transphobes, et réclament une formation accrue pour les infirmier·ère·s, médecins et personnels administratifs. Du côté des infirmier·ère·s, une grande majorité reconnaît **ne jamais avoir suivi de formation spécifique** sur la transidentité, malgré plusieurs années d'expérience, tout en exprimant la nécessité d'un apprentissage complémentaire intégré aux cursus scolaires et à la formation continue. En revanche, ceux celles ayant bénéficié de formations spécialisées, via des organismes comme Genres Pluriels ou leur service, se montrent plus à l'aise et précis dans leurs interactions. Cette convergence entre témoignages patient·e·s et reconnaissance du besoin par les infirmier·ère·s met en lumière l'importance de **généraliser des formations obligatoires** en initial et en continu, afin de garantir une prise en charge respectueuse et sécurisante pour tou·te·s.

15.3 RESPECT RESSENTI, DISCRIMINATIONS ET REPORTS DE SOINS

Les patient·e·s transgenres relatent des **expériences négatives** allant au-delà du mégenrage, incluant des remarques transphobes telles que « C'est une mode » ou « Tu resteras une fille », ainsi que des cas rares mais signalés de harcèlement verbal ou physique. Ces discriminations, notamment en gynécologie et médecine générale, incitent parfois certain·e·s à **retarder ou abandonner leurs soins** par crainte. Du côté des infirmier·ère·s, bien que beaucoup se déclarent respectueux ses de l'identité des patient·e·s, ils·elles manquent souvent de stratégies claires pour gérer des situations complexes, comme des actes transphobes de collègues. De plus, si nombre d'entre eux elles se disent « à l'aise » avec les patient·e·s transgenres, cette perception ne reflète pas toujours le vécu des concerné·e·s. Ce décalage illustre un **manque de perception** de la **discrimination subie**, lié à un **déficit d'écoute** et de **retours d'expérience**. Pour combler ces lacunes, il est impératif de promouvoir un dialogue structuré entre patient·e·s transgenres et soignant·e·s, appuyé par des retours d'expérience, des formations adaptées et des protocoles clairs pour lutter contre les discriminations.

15.4 ATTRIBUTION DES CHAMBRES ET RECONNAISSANCE DE L'IDENTITÉ À L'HÔPITAL

L'attribution des chambres hospitalières **selon le sexe de naissance** constitue une pratique fréquente, générant un profond malaise chez les patient·e·s transgenres, notamment en psychiatrie ou en chirurgie, lorsqu'ils·elles doivent partager une chambre avec une personne cisgenre dont l'identité de genre diffère. En revanche, certain·e·s ont bénéficié **de chambres individuelles** ou **adaptées à leur genre**, une initiative perçue **très positivement**. Cependant, du côté des infirmier·ère·s, le questionnaire ne mentionne **aucune politique claire** ou **protocole précis** encadrant l'attribution des chambres. Ce manque de directives institutionnelles reflète une lacune dans leur formation, laissant les patient·e·s transgenres sans garantie de prise en compte respectueuse de leur genre revendiqué. Afin de combler cet écart, il est indispensable de développer des directives claires et de proposer une formation dédiée, garantissant une attribution des chambres respectueuse de l'identité de genre, tout en intégrant les besoins médicaux et le confort psychologique des patient·e·s.

15.5 CONNAISSANCES MÉDICALES SPÉCIFIQUES (HORMONOTHÉRAPIE, RISQUES, CHIRURGIE)

Un **manque d'information médicale** spécifique sur la transidentité **impacte la qualité des soins** apportés aux patient·e·s transgenres. Ces dernier·ère·s rapportent des difficultés telles que l'angoisse liée aux interactions médicamenteuses ou le refus injustifié d'antalgiques, souvent dus à une méconnaissance des soignant·e·s concernant des sujets clés, comme le suivi hormonal, les interactions médicamenteuses ou la prise en charge post-opératoire. Du côté des infirmier·ère·s, les réponses au questionnaire sur les risques hormonaux et chirurgicaux montrent une **grande variabilité** : une minorité démontre une expertise solide, tandis que **la majorité avoue leur**

méconnaissance ou fournit des réponses incomplètes. Ce **déficit de connaissances** entraîne des **erreurs** et des **refus de soins**, corroborant les difficultés rencontrées par les patient·e·s transgenres. Pour remédier à ces lacunes, il est essentiel d'intégrer des **modules de formation médicale** ciblés sur les traitements hormonaux, la chirurgie de réassignation et leurs implications, garantissant ainsi une prise en charge plus adaptée et sécurisante.

15.6 Législation, droits des patients trans et cadre éthique

L'application concrète des droits des patient·e·s transgenres reste **un défi majeur** dans le domaine de la santé. Plusieurs témoignages rapportent un **manque de respect de l'identité de genre**, souvent dû à la **méconnaissance** ou à **la négligence**, ainsi que des problèmes de confidentialité, tels que l'appel du deadname en salle d'attente ou des questions intrusives. Du côté des infirmier·ère·s**, peu connaissent la modification législative belge de 2023** ou **les Principes de Jogjakarta**, qui définissent des normes internationales sur l'orientation sexuelle et l'identité de genre. De même, la majorité **ignore les recommandations de bonnes pratiques** concernant la prise en charge des personnes transgenres. Ce manque de connaissance juridique empêche une prise en charge conforme aux droits des patient·e·s, notamment en ce qui concerne le respect du prénom d'usage, la confidentialité et la reconnaissance officielle du changement de genre dans les dossiers médicaux. Pour pallier ces lacunes, il est crucial de **renforcer la formation juridique des soignant·e·s**, en intégrant la législation belge mise à jour, les Principes de Jogjakarta et les recommandations de bonnes pratiques, afin d'assurer un cadre légal et respectueux des patient·e·s.

15.7 Besoins, attentes et pistes d'amélioration

L'amélioration de la prise en charge des patient·e·s transgenres repose sur une **formation et une sensibilisation** accrues de l'ensemble des personnels hospitaliers, qu'il s'agisse des infirmier·ère·s, médecins ou administratifs. Cela inclut notamment le **respect inconditionnel** du prénom et des pronoms indépendamment des documents administratifs, une **consultation sur l'attribution des chambres** pour éviter des hébergements non adaptés, ainsi qu'un **accès à des informations médicales** adaptées concernant les traitements hormonaux et la prise en charge post-opératoire. Du côté des infirmier·ère·s, **une volonté d'en apprendre davantage** et **de suivre des formations** adaptées est **manifeste**. Ils·elles soulignent également la nécessité de **protocoles clairs**, de **ressources accessibles** et **d'une prévention ciblée** en matière de santé sexuelle, tabac ou IST pour les patient·e·s transgenres. Cette convergence des attentes met en lumière un **besoin partagé de formation** à tous les niveaux, de protocoles pratiques, d'un meilleur partage d'informations médicales et juridiques, et d'une communication inclusive au sein des équipes. L'instauration de **formations standardisées** accompagnées d'outils concrets tels que des guidelines, protocoles et fiches pratiques s'avère essentielle pour garantir une prise en charge respectueuse, fluide et efficace.

16 Conclusion générale de l'analyse croisée

Les enquêtes révèlent une **convergence importante** entre les **solutions proposées** par les patient·e·s transgenres et le personnel hospitalier. Tous s'accordent sur la **nécessité de formations continues** pour l'ensemble des équipes (soignants, administratifs, direction), afin de maîtriser les enjeux médicaux, légaux et humains liés à la transidentité. Il est impératif **d'intégrer des protocoles standardisés** qui encadrent l'accueil des patient·e·s, le respect du prénom d'usage et des pronoms, l'attribution des chambres adaptées et la gestion des données d'état civil, tout en garantissant la confidentialité et l'écoute active dès l'arrivée. Une culture d'ouverture et de communication doit être développée pour permettre aux patient·e·s de partager leurs besoins et leurs craintes sans crainte de stigmatisation.

Ces résultats soulignent **l'urgence d'une démarche proactive**, incluant des modules de formation obligatoires sur la transidentité, la diffusion de guidelines institutionnels et un dialogue constant avec les patient·e·s transgenres, afin d'améliorer les soins en fonction de leurs retours. L'objectif ultime est d'assurer une prise en charge hospitalière sécurisante, respectueuse et adaptée à l'identité de genre de chaque individu.

Il est indispensable que les **directions hospitalières** prennent pleinement conscience de **l'évolution des profils** et des besoins des patient·e·s, notamment en matière de transidentité. Une adaptation des pratiques, soutenue par des **protocoles clairs et inclusifs**, permettrait d'assurer à la fois une prise en charge respectueuse des personnes concernées et un **cadre sécurisant pour les soignant·e·s**. En effet, l'insécurité ressentie par les patient·e·s peut également affecter celle des professionnels, soulignant l'importance d'un encadrement éthique et structuré.

17 CONCLUSION DES OBJECTIFS SPÉCIFIQUES

Mon objectif principal consiste à **« *Améliorer la prise en charge des personnes transgenres en milieu hospitalier en mettant en lumière les perceptions et les besoins de cette population, et en proposant des pistes de formation adaptées pour des soins infirmiers inclusifs* »** à travers cette enquête destinée aux professionnels infirmiers, mes objectifs spécifiques étaient

1. ***« Evaluer les connaissances et compétences des infirmiers non spécialisés concernant les soins apportés aux personnes transgenres via Google Forms diffusé sur les réseaux sociaux , via un site internet dédié et à l'aide d'affiches et de cartes de visites. »***

Cet **objectif** a été **pleinement atteint** grâce aux réponses collectées auprès des participants, permettant une analyse approfondie des données. Cette analyse a permis d'identifier les perceptions actuelles, les lacunes existantes et les besoins en formation de ces professionnels de santé. Ces résultats constituent une base solide pour atteindre l'objectif principal : améliorer la prise en charge des personnes transgenres en milieu hospitalier, tout en mettant en lumière leurs besoins et en proposant des pistes de formation adaptées.

Ainsi, cette enquête offre désormais la possibilité d'orienter concrètement les futures actions de formation, afin de promouvoir des pratiques soignantes davantage inclusives et respectueuses des personnes transgenres dans un contexte hospitalier.

2. **« *Recueillir les perceptions des patients transgenres concernant la compétence des infirmiers non spécialisés via un questionnaire Google Forms diffusé sur les réseaux sociaux , via un site internet dédié et à l'aide d'affiches et de cartes de visites.*** »

Concernant mon deuxième **objectif**, visant à recueillir les perceptions et les besoins des patient·e·s transgenres à propos des compétences des infirmier·ère·s non spécialisé·e·s, celui-ci a été **pleinement validé** grâce à la diffusion efficace du questionnaire via Google Forms sur les réseaux sociaux, sur un site internet dédié, ainsi qu'à travers des supports physiques tels que des affiches et des cartes de visite. Les résultats mettent en lumière les points faibles des pratiques hospitalières actuelles et soulignent les changements nécessaires pour garantir une prise en charge respectueuse et inclusive. Ces stratégies combinées ont permis de collecter des données pertinentes et représentatives, confirmant ainsi **l'atteinte complète** de cet objectif spécifique.

3. « ***Analyser les résultats des deux questionnaires (patients et infirmiers) pour identifier des thèmes récurrents concernant la qualité des soins, la sécurité perçue et les besoins de formation. »***

À l'issue de l'analyse croisée approfondie des questionnaires destinés aux patient·e·s transgenres et aux infirmier·ère·s, mon **objectif** initial d'identifier les thèmes récurrents concernant la qualité des soins, la sécurité perçue et les besoins en formation a été **clairement atteint**. Les résultats obtenus révèlent une convergence marquée des problématiques soulevées par les patient·e·s et les soignant·e·s, notamment en termes de respect de l'identité de genre, de nécessité d'améliorer les formations et protocoles existants, et d'assurer une meilleure connaissance des aspects médicaux et juridiques spécifiques à la prise en charge des patient·e·s transgenres. Cette convergence valide pleinement mon objectif initial, permettant d'établir des pistes concrètes pour améliorer significativement la qualité des soins offerts à cette population.

4. ***« Créer un site internet dédié à la diffusion des résultats de l'étude, en y intégrant à la fois les analyses des données, les recommandations, ainsi que des ressources scientifiques et informatives pour les soignants et les patients transgenres. »***

Afin de répondre à cet **objectif**, qui consiste à créer un site internet dédié à la diffusion des résultats obtenus ainsi qu'à fournir des ressources scientifiques et informatives à destination des soignant·e·s et des patient·e·s transgenres, j'ai mis en place une série de stratégies efficaces et complémentaires. Grâce à ces démarches structurées et à la combinaison d'approches digitales et physiques, mon objectif de créer un espace centralisé accessible, pertinent et sécurisé a été **pleinement validé**.

Le site internet **https://votreaviscompte.org** constitue désormais une plateforme où les résultats de l'étude, les analyses détaillées des données recueillies, ainsi que des recommandations pratiques sont clairement mis à disposition des professionnel·le·s de santé et des patient·e·s concernés. En intégrant des ressources informatives pertinentes et scientifiquement validées, la plateforme répond pleinement aux besoins des publics cibles.

En conclusion, à travers l'ensemble de ces démarches, mon **objectif spécifique a été atteint avec succès**, confirmant ainsi l'efficacité des stratégies employées pour garantir une diffusion optimale des résultats et ressources à destination des professionnel·le·s de santé et des patient·e·s transgenres.

18 COMPÉTENCES DU PROFESSIONNEL INFIRMIER MOBILISÉES

La compétence infirmière que j'ai retenue à travers ce travail est : « **Analyser, assurer et évaluer la qualité des soins afin d'améliorer sa propre pratique professionnelle** ». Cette compétence est fondamentale et particulièrement pertinente dans mon contexte professionnel actuel, notamment dans le cadre de l'amélioration de la qualité des soins prodigués aux personnes transgenres.

En effet, l'évaluation des pratiques de soins réalisée dans le cadre de cette étude m'a permis d'identifier clairement plusieurs lacunes importantes, notamment le **manque de formation** spécifique des infirmiers concernant les besoins spécifiques de la population transgenre. Les résultats quantitatifs que j'ai obtenus démontrent objectivement que ce manque de formation **impacte négativement la qualité et la sécurité des soins** dispensés à cette population.

La diversité croissante des besoins des patients transgenres et la complexité de leur prise en charge exigent que les professionnels de santé, et particulièrement les infirmiers, disposent de connaissances actualisées et adaptées. L'absence d'une formation adéquate peut conduire à des incompréhensions, des maladresses ou même à une stigmatisation involontaire, affectant ainsi le bien-être, la sécurité et la confiance des patients dans le système de santé.

Ainsi, à travers ces constats chiffrés et cette analyse critique, j'ai pris conscience de **l'importance urgente d'intégrer une démarche réflexive permanente à ma pratique infirmière**. Cela passe nécessairement par la mise en place de **formations spécifiques et continues** destinées à combler les lacunes existantes.

Le choix de cette compétence souligne mon engagement personnel à évoluer professionnellement et à améliorer la qualité de la prise en charge offerte aux personnes transgenres, répondant ainsi aux exigences actuelles en matière de soins inclusifs et équitables.

19 ANNEXES

- Annexe 1 : Site Internet
- Annexe 2 : Affiche
- Annexe 3 : Cartes de visites
- Annexe 4 : Page Facebook : https://www.facebook.com/profile.php?id=61569831810560
- Annexe 5 : Page Instagram : https://www.instagram.com/votreaviscompte_org/
- Annexe 6 : Google Forms : Personnes transgenres
- Annexe 7 : Google Forms : Personnel infirmier

20 GLOSSAIRE

- **Non-binaire** : *« refers to those with gender identities outside the gender binary. People with nonbinary gender identities may identify as partially a man and partially a woman or identify as sometimes a man and sometimes a woman, or identify as a gender other than a man or a woman, or as not having a gender at all. Nonbinary people may use the pronouns they/them/theirs instead of he/him/his or she/her/hers. Some nonbinary people consider themselves to be transgender or trans; some do not because they consider transgender to be part of the gender binary. The shorthand NB or "enby" is sometimes used as a descriptor for nonbinary.Examples of nonbinary gender identities are genderqueer, gender diverse, genderfluid, demigender, bigender, and agender.* »Traduit : Fait référence aux personnes ayant des identités de genre en dehors de la binarité de genre. Les personnes ayant des identités de genre non binaires peuvent d'identifier en partie comme un homme et en partie comme une femme ou s'identifier comme homme et parfois femme, ou s'identifier comme un genre autre qu'un homme ou une femme, ou comme n'ayant pas de genre du tout. Les personnes non binaires peuvent utiliser les pronoms ils/elles/leurs au lieu de il/lui/son ou elle/elle/elle. Certaines personnes non binaires se considèrent comme transgenres ou trans ; certains ne le font pas car ils considèrent que transgenre fait partie de la binarité de genre. L'abréviation NB ou « enby » est parfois utilisée comme descripteur pour le non-binaire. Des exemples d'identités de genre non binaires sont genderqueer, gendergender, genderfluid, demigender, bigender et agender.
- **Transgenre** : « or trans are umbrella terms used to describe people whose gender identities and/or gender expressions are not what is typically expected for the sex to which they were assigned at birth. These words should always be used as adjectives (as in "trans people") and never as nouns (as in "transgenders") and never as verbs (as in "transgendered" »Traduit : ou trans sont des termes génériques utilisés pour décrire les personnes dont l'identité de genre et/ou les expressions de genre ne correspondent pas à ce qui est généralement attendu pour le sexe auquel elles ont été assignées à la naissance. Ces mots doivent toujours être utilisés comme des adjectifs (comme dans « trans ») et jamais comme des noms (comme dans « transgenres ») et jamais comme des verbes (comme dans « transgenre »)
- **Dysphorie de genre** : « *describes a state of distress or discomfort that may be experienced because a person's gender identity differs from that which is physically and/or socially attributed to their sex assigned at birth…* » Traduit : décrit un état de détresse ou d'inconfort qui peut être ressenti parce que l'identité sexuelle d'une personne diffère de celle qui est physiquement et/ou socialement attribuée à son sexe assigné à la naissance.
- **Transition : «** *refers to the process whereby people usually change from the gender expression associated with their assigned sex at birth to another gender expression that better matches their gender identity. People may transition socially by using methods such as changing their name,*
- *pronoun, clothing, hair styles, and/or the ways that they move and speak. Transitioning may or may not involve hormones and/or surgeries to alter the physical body. Transition can be used to describe the process of changing one's gender expression from any gender to a different gender. People may transition more than once in their lifetimes »* Traduit par fait référence au processus par lequel les gens passent habituellement de l'expression de genre associé au sexe qui leur a été assigné à la naissance à une autre expression de genre qui correspond mieux à leur identité de genre. Les gens peuvent faire une transition sociale en utilisant des méthodes telles que changer leur nom, leur pronom, leurs vêtements, leurs coiffures et/ou la façon dont ils vont bouger ou parler. La transition peut ou non impliquer des hormones et/ou des interventions chirurgicales pour modifier le corps physique. La transition peut être utilisée pour décrire le processus de changement d'expression de genre d'une personne de n'importe quel genre à un autre genre. Les gens peuvent faire une transition plus d'une fois dans leur vie.

- **Inclusion sociale :** est un concept qui vise à garantir l'égalité de participation de tous les individus dans une société, indépendamment de leur origine, religion, orientation sexuelle, capacité intellectuelle, sexe, situation financière, etc. Elle cherche à lever les obstacles à l'accessibilité pour tous aux structures ordinaires d'enseignement, de santé, d'emploi, de services sociaux, de loisirs, et plus encore.
- **Autodétermination :** est le droit pour les individus ou les groupes de déterminer librement leur statut politique et de poursuivre librement leur développement économique, social et culturel. Ce concept est souvent associé aux mouvements d'indépendance et aux droits des peuples à disposer d'eux-mêmes
- **Inclusivité :** est un concept qui vise à créer un environnement où toutes les personnes, indépendamment de leurs différences (telles que l'origine ethnique, le genre, l'orientation sexuelle, les capacités physiques ou mentales, etc.), se sentent accueillies, respectées et valorisées. Cela implique de reconnaître et de célébrer la diversité, de promouvoir l'égalité des chances et de garantir que chacun puisse participer pleinement à la société sans discrimination ni exclusion
- **Gonadectomie :** est une intervention chirurgicale qui consiste à retirer les gonades, c'est-à-dire les organes reproducteurs (testicules chez les hommes et ovaires chez les femmes).
- **Détransition :** « is a term sometimes used to describe an individual's retransition to the gender stereotypically associated with their sex assigned at birth. » Traduit : est un terme parfois utilisé pour décrire la retransition d'un individu vers le genre stéréotypé associé au sexe qui lui a été assigné à la naissance.
- **Incongruence :** désigne un manque de cohérence ou d'harmonie entre différents éléments.
- **Consentement :** est l'accord volontaire donné par une personne pour permettre une action ou une décision qui la concerne.
- **Transition sociale** : est le processus par lequel une personne transgenre commence à vivre et à s'identifier publiquement selon son genre ressenti, plutôt que son genre assigné à la naissance.
- **Polycythémie :** est une condition médicale caractérisée par une augmentation anormale du nombre de globules rouges dans le sang.
- **Plastysmaplastie :** est une intervention chirurgicale visant à raffermir et à remodeler les muscles du cou, en particulier le muscle platysma. Cette opération consiste à resserrer la peau et les muscles sous-jacents pour améliorer le contour du cou et de la mâchoire. Elle est souvent réalisée pour réduire l'apparence des bandes verticales et des plis horizontaux dans le cou, ce qui peut donner un aspect plus jeune et plus défini.
- **Alloplastie** : est un terme utilisé en psychologie pour décrire un mécanisme de développement psychique. Ce processus intervient lorsqu'un individu, au cours de sa croissance, voit sa libido se détacher progressivement de son propre moi et s'orienter vers d'autres personnes ou objets extérieurs.
- **Chondrolaryngoplastie :** également connue sous le nom de réduction de la pomme d'Adam, est une intervention chirurgicale visant à réduire la taille du cartilage thyroïdien.
- **Mastectomie :** est une intervention chirurgicale qui consiste à enlever partiellement ou totalement un sein.
- **Torsoplastie :** également connue sous le nom de chirurgie de remodelage du torse, est une intervention chirurgicale visant à modifier la forme et l'apparence du torse. Elle est souvent réalisée dans le cadre d'une transition de genre pour créer une apparence plus masculine de la poitrine. Cette intervention peut inclure la réduction de la taille de la poitrine, la suppression de la glande mammaire et de l'excès de peau, ainsi que la réduction des mamelons.
- **Phalloplastie** : est une intervention chirurgicale visant à créer ou reconstruire un pénis. L'opération consiste généralement à prélever un lambeau de peau d'une autre partie du corps, comme le bras ou la cuisse, pour former le nouveau pénis.
- **Métoïdoplastie :** également appelée métoïdoplastie, est une intervention chirurgicale visant à créer un néo phallus (nouveau pénis) en utilisant le tissu génital existant, principalement le clitoris, qui a été agrandi par un traitement hormonal à la testostérone.
- **Hystérectomie :** est une intervention chirurgicale qui consiste à enlever l'utérus. l existe plusieurs types d'hystérectomie, notamment l'hystérectomie totale (ablation de l'utérus et du col de l'utérus) et l'hystérectomie subtotale (ablation de l'utérus en laissant le col en place).
- **Salpingo ovariectomie :** est une intervention chirurgicale visant à retirer les ovaires et les trompes de Fallope. L'ablation d'un ovaire et d'une trompe de Fallope est appelée Salpingo-ovarectomie unilatérale, tandis que l'ablation des deux ovaires et des deux trompes de Fallope est appelée Salpingo-ovarectomie bilatérale

- **Électrolyse :** est une méthode d'épilation définitive qui utilise un courant électrique pour détruire les follicules pileux. Cette technique consiste à insérer un microfilament dans le follicule pileux et à envoyer une impulsion électrique pour éliminer le poil de manière permanente.
- **Vaginoplastie :** est une intervention chirurgicale visant à créer ou reconstruire un vagin. L'opération consiste généralement à transformer les organes génitaux masculins en organes génitaux féminins, en utilisant la peau du pénis pour créer le vagin et en formant un néo-clitoris à partir du gland pour conserver les terminaisons nerveuses.
- **Vulvoplastie :** est une intervention chirurgicale qui consiste à reconstruire ou à modifier les grandes lèvres de la vulve. Elle permet de réduire, repulper ou corriger la forme des grandes lèvres.
- **Orchidectomie :** est une intervention chirurgicale qui consiste à retirer un ou les deux testicules. l existe plusieurs types d'orchidectomie, notamment l'orchidectomie simple, l'orchidectomie inguinale radicale et l'orchidectomie sous-capsulaire.

21 BIBLIOGRAPHIE

1. Aldridge, Z., et al. (2020). Effet à long terme du traitement hormonal d'affirmation de genre sur les symptômes de dépression et d'anxiété chez les personnes transgenres : une étude de cohorte prospective. *Andrology, pp. 1-9.*
2. Alessandrin, A., & al. (2023). Santé des personnes non binaires : de quoi parle-t-on ? *Santé Publique*, *34*(HS2), 97-102.
3. Arcelus, J., et al. (2016). Facteurs de risques d'automutilation non suicidaire chez les jeunes transgenres. *Journal de médecine sexuelle, 13,* pp. 402-412.
4. Aydin, S., & al. (2017). Hysterectomy in Transsexual Women: Transition-Related Surgery and Beyond. In Menopause and Hormone Replacement. *Nova Science Publishers*, pp. 181-190.
5. Azagba, S. K. (2019). Consommation de cigarettes, de tabac sans fumée et d'alcool chez les adultes transgenres aux États-Unis. *Revue Internationale de politique des drogues*, 73, pp. 163-169.
6. Bauer, G. R., Zong, X., Scheim, A. I., et al. (2017). Factors impacting transgender patients' discomfort with their family physicians: A respondent-driven sampling survey. *PLoS One, 12*(12), e0189398.
7. Baker, D. C., & al. (2020). Neck Rejuvenation: Platysmaplasty and Cervicoplasty. In *Grabb and Smith's Plastic Surgery* (8e éd.). Wolters Kluwer.
8. Berli, J. U. (2017). Ce que les chirurgiens doivent savoir sur la chirurgie de confirmation de genre lorsqu'ils prodiguent des soins aux personnes transgenres. *JAMA Surgery, 152*(4), pp. 394-400.
9. Bouman, W. B., et al. (2017). Transgenre et anxiété : une étude comparative entre les personnes transgenres et la population générale. *Revue internationale du transgendérisme, 18*, pp. 16-26.
10. Coleman, E., et al. (2020). Standards of Care for the Health of Transgender. *International Journal of Transgender Health.*
11. Cour, C. (2019). La loi transgenre est partiellement inconstitutionnelle en raison du traitement COMMUNIQUÉ DE PRESSE.
12. Environnement, A. s.-S. (2002, septembre 26). Loi relative aux droits du patient. Belgique.
13. Foundation, H. (2023). Transgender-Affirming Hospital Policies: Best Practices for Healthcare Providers. *Human Rights Campaign Foundation*. Récupéré sur https://www.thehrcfoundation.org.
14. Freton, L. (2021). Auto-évaluation de professionnels de santé concernant la prise en charge des personnes trans dans un hôpital universitaire. *Progrès en Urologie, 31*(16), pp. 1108–1114.
15. Genres, M. d. (2023). Changer de prénom et modifier l'enregistrement du sexe à l'état civil. Récupéré sur justice.belgium.be.
16. Hembree, W., et al. (2017). Traitement endocrinien des personnes dysphoriques de genre/incongrues de genre : une directive de pratique clinique de la Société d'endocrinologie. *Journal de la Clinique Endocrinologie et Métabolisme*, pp. 3869-3903.
17. Jones, B. A., Brewin, N., et al. (2017). Experiences of transgender people in healthcare: A systematic review. *Journal of Homosexuality, 64*(11), 1460–1486.
18. Kcomt, L., et al. (2020). L'évitement des soins de santé en raison de la discrimination anticipée parmi les personnes transgenres. *Elsevier*.

19. Kidd, J. D. (2018). La relation entre la consommation de tabac et le changement de marqueur de genre, l'utilisation d'hormones et la chirurgie d'affirmation de genre. *Santé LGBT, 5*(7), pp. 401-411.
20. Kuijpers, S., et al. (2021). Vers une dose efficace la plus faible d'acétate de cyprotérone chez les femmes trans : résultats d'études ENIGI. *Journal de l'endocrinologie clinique et métabolique, 106*(10), pp. e3936-e3945.
21. Ministère de la Famille. (2022). Guide pour l'inclusion des personnes transgenres en entreprise. Luxembourg.
22. Monstrey, S. J. (2011). Sex Reassignment Surgery in the Female-to-Male Transsexual. *Seminars in Plastic Surgery*, *25*(3), pp. 229–244.
23. Morrison, S. D. (2016). Current state of metoidioplasty: Techniques and outcomes. *Clinics in Plastic Surgery, 43*(3), pp. 433–443.
24. Pasteel, M. (2017). Être une personne transgenre en Belgique Dix ans plus tard. Bruxelles : Institut pour l'égalité des femmes et des hommes.
25. Pasteel, M. (2024, mai). Statistiques 2024 : Personnes transgenres ayant fait une demande de changement de la mention officielle de leur sexe en Belgique. Institut pour l'égalité des femmes et des hommes.
26. Pluvy, I., et al. (2015). Tabagisme et chirurgie plastique, partie II : revue systématique avec méta-analyse. *Annales et Chirurgie plastique esthétique, 60*(1), pp. E15-E49.
27. Principes de Jogjakarta. (2025, janvier 04). Récupéré sur https://yogyakartaprinciples.org/principles-fr/.
28. Riedweg, G. (2019). Prise en charge des patients transgenres : *revue de littérature sur les barrières à l'accès aux soins*. Travail de Bachelor, Fribourg, Suisse.
29. Rossen, H., & al. (2019). Densitométrie osseuse chez les personnes transgenres et non conformes au genre (TGNC) : position officielle de l'ISCD 2019. *Journal de densitométrie clinique, 22*(4), pp. 544-553.
30. Santé, O. m. (2021, juin 11). Maladies cardiovasculaires. Organisation mondiale de la santé. Récupéré sur https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds)
31. Santé, S. (2024, Décembre 30). Droits du patient. Health.belgium.be. Récupéré sur https://www.health.belgium.be/fr/sante/prenez-soin-de-vous/themes-pour-les-patients/droits-du-patient
32. Smith, E. A., & al. (2014). Risque plus faible d'événements cardiovasculaires chez les femmes ménopausées prenant de l'œstradiol oral par rapport aux œstrogènes équins conjugués oraux. *JAMA Internal Medicine*, pp. 25-31.
33. Statbel. (2024, janvier 1). Chiffres clés de la population belge. Service public fédéral Économie, Direction générale Statistique. Récupéré sur https://statbel.fgov.be/fr
34. Transidentité : Notre intervention dans le coût d'un accompagnement dans un centre spécialisé. (2024, décembre 17). INAMI Institut national d'assurance maladie-invalidité. Récupéré sur https://www.inami.fgov.be
35. UNFPA. (2025, janvier 6). Un engagement renouvelé : Rapport annuel 2014. Récupéré sur https://www.unfpa.org/fr/annual-report-2014
36. Unies, N. (2025, janvier 3). L'OMS supprime le "trouble de l'identité de genre" de sa liste des maladies, une victoire pour les transgenres. Nations Unies. Récupéré sur https://news.un.org/fr/story/2019/05/1044591
37. Van Gerwen, O. T., & al. (2021). Considérations anatomiques et de santé sexuelle chez les personnes transféminines qui ont subi une vaginoplastie. *Revue internationale des MST et SIDA, 33*, pp. 106-113.
38. Van Hove, H. (2020). Le sexisme en Belgique : Résultats de l'enquête #Youtoo? Institut pour l'égalité des femmes et des hommes. Récupéré sur https://igvm-iefh.belgium.be/fr/activites/discrimination/sexisme
39. Wesp, L. M., Deutsch, M. B., Grimaldo, G., & Herzberg, D. (2017). Providing transgender healthcare in health professional education. *Journal of Midwifery & Women's Health, 62*(6), 706–717.
40. White Hughto, J. M., Reisner, S. L., & Pachankis, J. E. (2015). Transgender stigma and health: A critical review of stigma determinants, mechanisms, and interventions. *Social Science & Medicine, 147*, 222–231
41. Witcomb, G. L., & al. (2018). Niveaux de dépression chez les personnes transgenres et ses prédicteurs : résultats d'une vaste étude de contrôle appariée avec des personnes transgenres accédant à des services cliniques. *Journal des troubles affectifs, 235*, pp. 308-315.
42. Workowski, K. A., & al. (2021). Lignes directrices sur le traitement des infections sexuellement transmissibles. *Rapport hebdomadaire sur la morbidité et la mortalité*.
43. Workowski, K. A. (2021). Lignes directrices sur le traitement des infections sexuellement transmissibles. *Rapport hebdomadaire sur la morbidité et la mortalité*.

Annexe 1 : Site Internet

Votre Avis Compte

Votre Avis Compte

Soins aux patients transgenres: l'importance de la formation des infirmiers non spécialisés pour garantir qualité et sécurité

ENQUÊTE INFIRMIER(E) ENQUÊTE PERSONNE TRANSGENRE RÉSULTATS

Infirmier(e)

Vous êtes infirmier(e)(s), breveté(e)s, gradué(e)s, spécialisé(e)s dans d'autres domaines que la transidentité, l'enquête vous prendra 5 à 10 minutes, vous êtes mon public cible.

Personne transgenre

Vous avez plus de 18 ans, vous êtes une personne transgenre, vous avez eu une expérience en milieu hospitalier, l'enquête vous prendra 5 à 10 minutes, vous êtes mon public cible.

Résultats des enquêtes

Ceux-ci seront disponibles à la clotûre de la période d'enquête , fin mars 2025, si vous le souhaitez.

MOTIVATIONS PERSONNELLES

Qui suis-je?

Je m'appelle Sandrine Arseni, maman de trois enfants et infirmière brevetée depuis 1998, spécialisée en cardiologie. Avec 47 ans de vie bien remplie et plus de 25 ans de carrière, j'ai toujours été animée par la volonté de découvrir et de m'adapter aux évolutions dans le domaine des soins de santé. Soucieuse de rester à jour et compétente dans un environnement en constante évolution, j'ai constamment cherché à élargir mes connaissances et à perfectionner ma pratique. C'est dans cette optique que j'ai entrepris la passerelle d'infirmière brevetée à bachelière en soins généraux, un parcours qui m'a non seulement ouvert de nouvelles perspectives, mais m'a aussi permis de repenser en profondeur ma manière d'aborder les soins. En parallèle, j'ai suivi des formations complémentaires, notamment en tant qu'infirmière relais diabétique et spécialisée dans les soins de plaies, ce qui m'a permis d'acquérir des compétences supplémentaires essentielles à mon développement professionnel.

Votre Avis Compte

ENQUÊTE PERSONNES TRANSGENRES

Période du 15 décembre 2024 au 28 février 2025

Résultats

ENQUÊTE PERSONNEL INFIRMIER

Période du 15 décembre 2024 au 28 février 2025

Résultats

Votre Avis Compte

Categories: SOURCES

L'initiation et le suivi du traitement hormonal d'affirmation de genre en médecine générale

Sandrine / novembre 14, 2024 / 0 comment(s)

L'initiation et le suivi du traitement hormonal d'affirmation de genre en médecine générale Contextualisation Nombreuses inégalités de santé chez les personnes transgenres Mauvais accès au soin, transspécifique et général Importance du THAG mais très faible offre en première […]

READ MORE →

Categories: SOURCES

Le sexisme en Belgique : l'identité de genre des Belges

Sandrine / novembre 14, 2024 / 0 comment(s)

Le sexisme en Belgique : l'identité de genre des Belges Institut pour l'égalité des femmes et des hommes.,2020.,Le sexisme en Belgique : l'identité de genre des Belges., disponible sur : Le sexisme en Belgique Enquête sur la population Belge et […]

READ MORE →

Categories: SOURCES

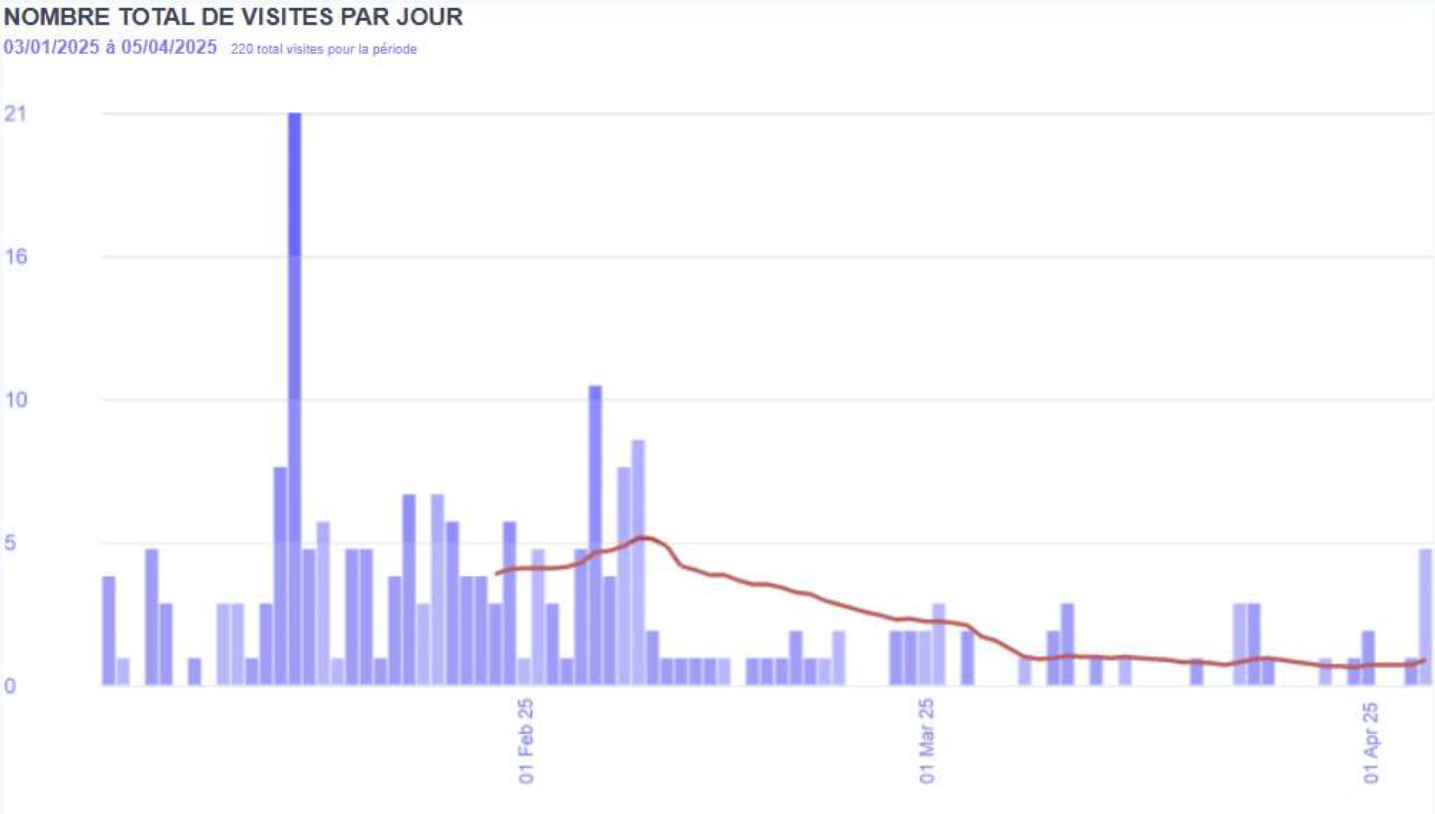
Droits du patient

Sandrine / novembre 14, 2024 / 0 comment(s)

Droits du Patient Service Fédéral santé publique, sécurité de la chaine alimentaire et environnement.,2002.,Loi »Droits du patient »., disponible sur : brochurespatient Brochure reprenant les 7 droits du patient.

READ MORE →

Votre Avis Compte



Annexe 2 : Affiche

En partenariat

IPEFA Sup Liège
Province de Liège
PRISME Fédération wallonne LGBTQIA+
MAC Liège Maison Arc-en-Ciel
PRATIQ

Répondez à notre questionnaire dès maintenant !

SCAN ME !

VOTREAVISCOMPTE.ORG

ENQUÊTES

SUR LES SAVOIRS INFIRMIERS ET LE VÉCU DES PERSONNES TRANSGENRES

Infirmier.es et personnes transgenres, votre avis compte !

Participez à notre enquête pour améliorer les soins et l'inclusivité.

ARSENI Sandrine, TFE, Bachelier infirmier 2024-2025
info@votreaviscompte.org

Annexe 3 : Cartes de visites

carte de visite recto

Carte de visite verso

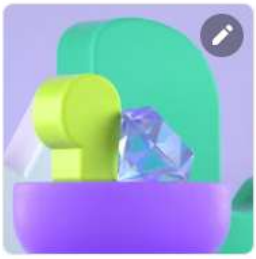
Annexe 4 : Page Facebook

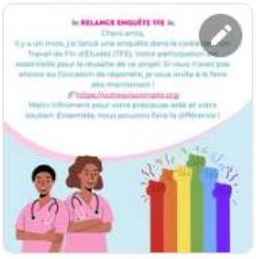
https://www.facebook.com/profile.php?id=61569831810560

Photos

Ajouter des photos/vidéos ···

Vos photos | Albums





Votreaviscompte.org

5 J'aime • 23 followers

Tableau de bord professionnel | Modifier | Promouvoir

Publications | À propos | Mentions | Avis | Followers | Photos | Plus

Quel est le niveau de santé de votre Page ?

Effectuez ces actions pour continuer à améliorer Votreaviscompte.org.

État de la Page : Bon

En comparaison avec des Pages similaires avec de nombreuses interactions.

Associer votre compte WhatsApp

Ajouter un bouton d'action

Voir plus

Intro

Que voulez-vous dire ?

Photo/Vidéo | Reel | Vidéo en direct

À la une

Ce ne sera visible que si vous épinglez quelque chose.

Gérer

Publications

Filtres | Gérer les publications

Vue Liste | Vue Grille

Votreaviscompte.org
5 h ·

Votreaviscompte.org 😀 se sent reconnaissant.

Votreaviscompte.org 😀 se sent reconnaissant.
5 h ·

Bonjour à tous , comme promis voici les résultats des enquêtes réalisées pour mon TFE 😁
Un tout grand merci pour votre participation à tous et toutes.
Voici le lien direct :
https://votreaviscompte.org/index.php/resultats/
N'hésitez pas à mettre un commentaire ou un avis directement sur le site ou par mail.... **En voir plus**

VOTREAVISCOMPTE.ORG
Résultats - Votre Avis Compte
Enquête personnes transgenres Période du 15 décembre 2024 au 28 février 2025 Résultats Enquête personnel infirmier Période du 15 décembre 2024 au 28 février 2025 Résultats

Voir les statistiques et les publicités

Booster la publication

1

2 partages

Annexe 5 : Page Instagram

https://instagram.com/votreaviscompte_org/

Note...

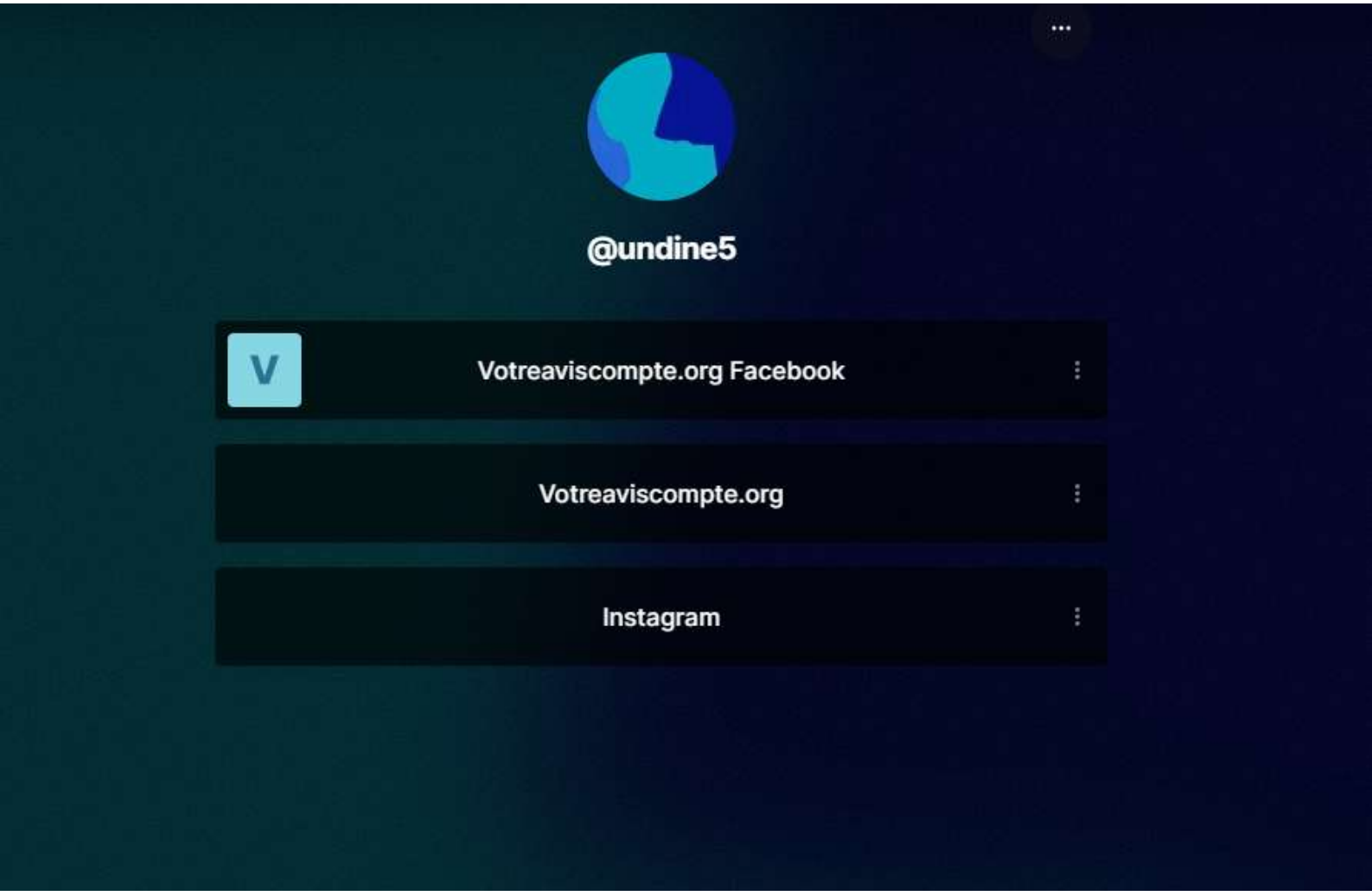
votreaviscompte_org **Modifier le profil** **Voir l'archive**

8 publications **15** followers **37** suivi(e)s

Votre Avis Compte
TFE Birsg 2024-2025
Soins aux personnes transgenres : l'importance de la formation des infirmiers pour garantir qualité et sécurité
linktr.ee/undine5

Nouveau

PUBLICATIONS ENREGISTREMENTS IDENTIFIÉ(E)


@undine5
V
Votreaviscompte.org Facebook
Votreaviscompte.org
Instagram

Annexe 6 : Google Forms

Personnes transgenres

Evaluation de la prise en charge des personnes transgenres en milieu hospitalier ou extrahospitalier

Donner la parole aux personnes transgenres en vue d'identifier les problèmes rencontrés lors d'une hospitalisation ou lors d'une consultation ou d'une contact avec un infirmier.e.

* Indique une question obligatoire

1. Quel âge avez-vous? *

Une seule réponse possible.

- ◯ Moins de 18 ans
- ◯ Plus de 18 ans

2. Quel est votre genre? *

Une seule réponse possible.

- ◯ Masculin
- ◯ Féminin
- ◯ Non binaire
- ◯ Autre : _____

3. Avez-vous entrepris des démarches administratives? *

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Changement de prénom
- ☐ Changement de genre
- ☐ Non
- ☐ Je compte le faire
- ☐ Autre : _____

4. Depuis combien de temps réalisez-vous votre transition? *

Une seule réponse possible.

- ◯ Moins de 5 ans
- ◯ Plus de 5 ans

5. Prenez-vous des hormones de transition? *

Une seule réponse possible.

- ◯ Oui
- ◯ Non
- ◯ Je compte en prendre

6. Avez-vous réalisé des interventions chirurgicales pour affirmer votre genre? *

Une seule réponse possible.

- ◯ Oui *Passer à la question 7*
- ◯ Non *Passer à la question 8*

Interventions chirurgicales

7. Quelles interventions avez-vous réalisées? *

_____

_____

_____

_____

_____

Questionnaire (1)

8. Avez-vous été hospitalisé-e ou pris-e en charge lors d'une consultation ou en hôpital de jour? *

Une seule réponse possible.

- ◯ Oui *Passer à la question 13*
- ◯ Non *Passer à la question 18*

9. Dans quel contexte votre expérience (positive ou négative) a -t-elle eu lieu? *

Une seule réponse possible.

- ◯ Dans le cadre d'une transition
- ◯ Pour un autre problème de santé

10. Pouvez-vous me préciser l'année de votre expérience en milieu hospitalier? *

Une seule réponse possible.

- ◯ Avant 2018
- ◯ Après 2018

11. Pourriez-vous me préciser dans quel service vous avez été hospitalisé-e ou pris-e en charge? *

Une seule réponse possible.

- ◯ Médecine
- ◯ Chirurgie
- ◯ Hôpital de jour
- ◯ Consultations
- ◯ Urgences
- ◯ Psychiatrie
- ◯ Autre : _____

12. Dans quel type d'hôpital avez-vous été pris-e en charge? *

Une seule réponse possible.

- ◯ Hôpital de campagne
- ◯ Hôpital de centre-ville
- ◯ Centre de référence de la transidentité
- ◯ Autre : _____

Hospitalisation

13. Quel type de chambre vous a t-on attribué lors de votre hospitalisation? *

Une seule réponse possible.

- ◯ Chambre 2 lits (selon votre genre de naissance)
- ◯ Chambre 2 lits (selon votre genre annoncé)
- ◯ Chambre privée

14. Etiez-vous d'accord avec cette attribution? *

Une seule réponse possible.

- ◯ Oui
- ◯ Non

15. Vous a-t-on demandé votre avis? *

Une seule réponse possible.

- ◯ Oui *Passer à la question 17*
- ◯ Non *Passer à la question 16*

Avis non demandé

16. Pouvez-vous m'expliquer ce qu'il s'est passé?

_____

_____

_____

_____

_____

Hospitalisation (suite)

17. Comment évaluez-vous la qualité générale des soins que vous avez reçus? *

Une seule réponse possible.

	1	2	3	4	5	
Très	◯	◯	◯	◯	◯	Très bonne

Questionnaire (suite 1)

18. Avez-vous déjà ressenti de la discrimination ou un traitement inapproprié en raison de votre identité de genre? *

Une seule réponse possible.

- ◯ Oui *Passer à la question 19*
- ◯ Non *Passer à la question 20*

Traitement inapproprié

19. Expliquez si vous le souhaitez

_____

_____

_____

_____

_____

Questionnaire (suite 2)

20. Avez-vous déjà repoussé ou annulé une consultation médicale par peur de la discrimination? *

Une seule réponse possible.

- ◯ Oui *Passer à la question 21*
- ◯ Non *Passer à la question 22*

Consultation annulée

21. Expliquez si vous le souhaitez

Questionnaire (suite 3)

22. Le personnel infirmier utilise t'il le pronom de votre choix? * (correspondant à votre genre)

Une seule réponse possible.

	1	2	3	4	5	
Jam	◯	◯	◯	◯	◯	Toujours

23. Vous sentiez-vous respecté par le personnel infirmier? *

Une seule réponse possible.

	1	2	3	4	5	
Jam	◯	◯	◯	◯	◯	Toujours

24. Vous sentiez-vous en sécurité lorsque vous avez reçu les soins infirmiers à l'hôpital? *

Une seule réponse possible.

	1	2	3	4	5	
Jam	◯	◯	◯	◯	◯	Toujours

25. Le personnel infirmier semblait-il bien informé sur les besoins spécifiques des personnes transgenres? *

Une seule réponse possible.

	1	2	3	4	5	
Pas	◯	◯	◯	◯	◯	Trés bien informé

26. Avez-vous reçu des informations claires et compréhensibles sur vos soins et traitement relatifs à votre transition? *

Une seule réponse possible.

	1	2	3	4	5	
Jam	◯	◯	◯	◯	◯	Toujours

27. Avez-vous constaté que le personnel infirmier était informé sur la loi et les droits du patient transgenre? *

Une seule réponse possible.

- ◯ Oui *Passer à la question 28*
- ◯ Non *Passer à la question 29*

Loi et droits

28. Expliquez si vous le souhaitez

Questionnaire (suite 4)

29. Pensez-vous que les informations personnelles et médicales sont traitées de manière confidentielle? *

Une seule réponse possible.

	1	2	3	4	5	
Jam	◯	◯	◯	◯	◯	Toujours

30. Quelles améliorations ou suggestions proposez-vous pour mieux répondre aux besoins spécifiques des patients transgenres? *

Plusieurs réponses possibles.

- [ ] Formation du personnel infirmier lors du cursus scolaire
- [ ] Formation continue en plein exercice du personnel infirmier
- [ ] Formation administrative et législative du personnel infirmier
- [ ] Informations via réseaux sociaux (page Facebook, Instagram, Tiktok)
- [ ] Informations via site internet
- [ ] Autre : _____

Ce contenu n'est ni rédigé, ni cautionné par Google.

Google Forms

Annexe 7 : Google Forms

Personnel infirmier

Evaluation des connaissances infirmières au sujet de la transidentité

Questionnaire à l'attention des infirmier(e)s travaillant au sein d'un milieu hospitalier ou extra-hospitalier pour évaluer les connaissances du sujet : "Transidentité"

* Indique une question obligatoire

1. Quelle est votre qualification? *

Une seule réponse possible.

- ◯ Infirmier(è) breveté(e)
- ◯ Infirmier(è) gradué(e)
- ◯ Infirmier(è) titré(e) SIAMU
- ◯ Infirmier(è) titré(e) Oncologique
- ◯ Infirmier(è) titré(e) Bloc opératoire
- ◯ Infirmier(è) titré(e) Gériatrique
- ◯ Autre : _____

2. Quelle est votre expérience professionnelle en tant qu'infirmier(e)? *

Une seule réponse possible.

- ◯ Moins de 1 an
- ◯ De 1 à 5 ans
- ◯ De 5 à 10 ans
- ◯ 10 ans et plus

3. Dans quel domaine d'expertise travaillez-vous? *

Une seule réponse possible.

- ◯ Médecine
- ◯ Chirurgie
- ◯ Urgences
- ◯ Bloc opératoire
- ◯ Service de consultations
- ◯ Extra-hospitalier
- ◯ Autre : _____

4. Avez-vous participé à une formation ou à une sensibilisation concernant les recommandations de bonnes pratiques sur la transidentité? *

Une seule réponse possible.

- ◯ Oui *Passer à la question 5*
- ◯ Non *Passer à la question 6*

Formation

5. Expliquez si vous le souhaitez

_____

_____

_____

_____

_____

Questionnaire (suite 1)

6. Comment définiriez-vous le terme "Transgenre"? *

Une seule réponse possible.

- ◯ Une personne intersexe
- ◯ Une personne dont l'identité de genre ne correspond pas au sexe assigné à la naissance
- ◯ Une personne qui a subit une intervention chirurgicale de changement de sexe
- ◯ Une personne homosexuelle
- ◯ Je ne sais pas précisément

7. Avez-vous déjà pris en charge un patient transgenre? (lors de son parcours de transition ou lors d'un problème de santé) *

Une seule réponse possible.

- ◯ Oui
- ◯ Non

8. Quelle est la meilleure façon de s'adresser à une personne transgenre pour respecter son identité? *

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Demander son prénom de naissance
- ☐ Demander poliment les pronoms à utiliser
- ☐ Se référer à la carte d'identité pour genrer masculin ou féminin
- ☐ Se fier à sa première impression visuelle
- ☐ Permettre à la personne de communiquer son genre
- ☐ Ne sait pas avec précision

9. Comment évalueriez-vous votre niveau de confort et de connaissances dans la prise en charge d'un patient transgenre? *

Une seule réponse possible.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Pas	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	Tout à fait confortable

10. Avez-vous entendu parler de la modification de la législation Belge en 2023 concernant la transidentité? *

Une seule réponse possible.

- ◯ Oui
- ◯ Non

11. Les principes de Jogjakarta sont des normes juridiques internationales en matière d' orientation sexuelle et d'identité de genre, en avez-vous déjà entendu parler? *

Une seule réponse possible.

- ◯ Oui
- ◯ Non

12. Il existe des recommendations de bonnes pratiques au sujet de la transidentité, le saviez-vous? *

Une seule réponse possible.

- ◯ Oui
- ◯ Non

13. Pensez-vous qu'il soit possible de changer de sexe et de numéro national sur la carte d'identité par simple déclaration à l'officier de l'état civil, sans traitement ni modifications physiques? *

Une seule réponse possible.

- ◯ Oui
- ◯ Non

14. Quels sont les deux principaux risques associés à la prise d'hormones féminines chez un patient transgenre assigné homme à la naissance? *

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Infarctus du myocarde
- ☐ Thrombose veineuse profonde
- ☐ Diminution de la densité osseuse
- ☐ Taux d'hématocrite élevé
- ☐ Infertilité
- ☐ Ne sait pas avec précision

15. Quels sont les deux principaux risques associés à la prise d'hormones masculines chez un patient transgenre assigné femme à la naissance? *

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Rétrécissement du clitoris
- ☐ Taux de globules rouges diminué
- ☐ Hypertension artérielle
- ☐ Modification irréversible de la voix
- ☐ Hypercholestérolémie
- ☐ Ne sait pas avec précision

16. Quels sont les 2 risques principaux pour une intervention chirurgicale : Vaginoplastie *

Plusieurs réponses possibles.

- [ ] Infection
- [ ] Hypersensibilité locale
- [ ] Formation de fistule
- [ ] Relâchement de la paroi vaginale
- [ ] Incontinence fécale
- [ ] Ne sait pas avec précision

17. Quels sont les 2 risques principaux de l'électrolyse laser pour la réduction de la pilosité faciale lors d'une féminisation? *

Plusieurs réponses possibles.

- [ ] Irritations et rougeurs de la peau
- [ ] Formation de cicatrices
- [ ] Absence de sécrétion de sueur
- [ ] Infection
- [ ] Hyperpilosité réactionnelle
- [ ] Ne sait pas avec précision

18. Quels sont les 2 principaux risques pour une intervention chirurgicale : Phalloplastie *

Plusieurs réponses possibles.

- [ ] Pollakiurie
- [ ] Fistulisation et infection
- [ ] Nécrose du tissu greffé
- [ ] Impuissance
- [ ] Hématurie
- [ ] Ne sait pas avec précision

19. Quels sont les 2 principaux risques pour une intervention chirurgicale : Torsoplastie *

Plusieurs réponses possibles.

- [ ] Risque de cancérisation
- [ ] Impossibilté d'allaiter
- [ ] Hyposensibilité cutanée
- [ ] Mamelons hypersensibles
- [ ] Sérome post-opératoire
- [ ] Ne sait pas avec précision

20. Quelles mesures de prévention recommanderiez-vous à une personne transgenre (homme ou femme) pour se protéger contre les maladies sexuellement transmissibles? *

Plusieurs réponses possibles.

- [ ] Dépistage de routine
- [ ] Sensibilisation aux symptômes des IST
- [ ] Vaccination HPV
- [ ] Accès à la PrEP (prophylaxie pré-exposition)
- [ ] Accès au traitement TPE (traitement post-exposition)
- [ ] Ne sait pas avec précision

21. Savez-vous à quelle date l'Organisation mondiale de la santé a déclaré que la transidentité n'était plus considérée comme un trouble mental ? *

Une seule réponse possible.

- ◯ 1985
- ◯ 2005
- ◯ 2018
- ◯ Ne sait pas avec précision

22. Pouvez-vous citer deux risques associés à la poursuite du traitement hormonal pendant une chirurgie? *

Plusieurs réponses possibles.

- [ ] Thrombose veineuse profonde
- [ ] Risque accru d'infection
- [ ] Effet de potentialisation sur la réponse aux anesthésiques
- [ ] Fonction immunitaire excessive
- [ ] Accélération de la cicatrisation
- [ ] Ne sait pas avec précision

23. Pensez-vous qu'il soit nécessaire de prodiguer des conseils spécifiques en matière de prévention tabagique à une patiente transgenre? *

Une seule réponse possible.

- ◯ Oui
- ◯ Non

24. Pensez-vous qu'un homme transgenre peut concevoir un enfant de manière biologique tout en prenant de la testostérone et en l'absence de règles? *

Une seule réponse possible.

- ◯ Oui
- ◯ Non

25. Pensez-vous que les normes biologiques pour les analyses de sang devraient être adaptées au sexe de genre plutôt qu'au sexe de naissance pour les personnes sous traitement hormonal? (féminin ou masculin) *

Une seule réponse possible.

- ◯ Oui
- ◯ Non

Questionnaire (suite 3)

26. Quelles améliorations ou suggestions proposeriez-vous pour mieux répondre aux besoins spécifiques des patients transgenres? *

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Formation durant le cursus scolaire infirmier
- ☐ Formation sur le lieu de travail
- ☐ PDF d'informations par mail de mise à jour
- ☐ Pages d'informations via les réseaux sociaux
- ☐ Accès site internet avec sources pour répondre à vos questions
- ☐ Autre : _____

27. Estimez-vous avoir besoin d'une formation sur ce sujet pour améliorer votre pratique professionnelle? *

Une seule réponse possible.

- ◯ Oui
- ◯ Non

Ce contenu n'est ni rédigé, ni cautionné par Google.

Google Forms