

Mémoire présenté à l'École Nationale d'administration publique
dans le cadre du programme de Maîtrise en administration publique
pour l'obtention du grade de Maître ès science (M. Sc.)
concentration « Analyse et développement des organisations »

Mémoire intitulé
ACCESSIBILITÉ AUX SERVICES DE SANTÉ POUR LES PERSONNES TRANS*
SUR LE TERRITOIRE DE LA CAPITALE-NATIONALE

Présenté par
Olivia Kamgain

Décembre 2015

Le mémoire intitulé
ACCESSIBILITÉ AUX SERVICES DE SANTÉ POUR LES PERSONNES TRANS*
SUR LE TERRITOIRE DE LA CAPITALE-NATIONALE

Présenté par
Olivia Kamgain

Est évalué par les membres du jury de mémoire suivants :

Éric Charest, professeur et président, ENAP
Jean-Louis Denis, professeur et directeur de mémoire, ENAP
Line Chamberland, professeure et co-directrice de mémoire, UQAM
Nassera Touati, professeure et examinatrice, ENAP

À ma mère

REMERCIEMENTS

En premier lieu, j'aimerais remercier mon directeur de mémoire, Jean-Louis Denis, ainsi que ma co-directrice, Line Chamberland. Je vous remercie pour votre grande expertise, votre grande disponibilité ainsi que votre soutien et vos encouragements continuels durant la réalisation de cette recherche.

Mes remerciements à la Chaire GETOSS pour le soutien financier accordé à toutes les étapes de la réalisation de ce mémoire, par le biais d'une bourse excellence et un soutien financier aux activités de collecte de données et de diffusion des résultats. Mes remerciements également à l'ENAP pour le soutien financier accordé par le biais de la *Bourse de mémoire attribuée au mérite pour analystes*.

Je remercie les membres du Jury pour leurs commentaires qui ont permis de mieux articuler cette recherche. Un remerciement particulier à Éric Charest pour ses précieux conseils et qui m'a transmis les outils nécessaires pour réaliser cette recherche.

Je remercie les personnes qui ont participé à cette recherche par leurs témoignages et qui m'ont accordé leur confiance. Je remercie également toutes les organisations et les personnes qui ont contribué de différentes manières à l'aboutissement de cette recherche. Merci à l'ATQ, particulièrement à Mathieu-Joël Gervais qui a appuyé ce projet dès ses débuts ainsi qu'à Danielle Chénier. Merci également à Véronique Lagrange qui a guidé mes démarches auprès du CSSS.

Finalement, je tiens à remercier ma famille et mes ami-es qui m'ont soutenu durant ce parcours universitaire. Je remercie particulièrement ma mère, Luguarde, qui me donne le courage et la détermination et qui a toujours cru en moi dans l'ensemble de mes projets. Je remercie également ma sœur Cyriane qui est toujours présente pour moi ainsi que mon frère Loïc.

RÉSUMÉ

Le terme *transgenre* ou *trans** fait référence aux personnes dont l'identité de genre ne correspond pas au sexe défini et regroupe à la fois les identités *transsexuelles* et *transgenres* (Kaufman, 2008, p. 333). La littérature scientifique a établi que les personnes *trans** constituent un groupe vulnérable en matière de santé et rencontrent des barrières à l'accès aux soins. Or, il y a peu de recherches explicatives sur l'accessibilité aux services de santé pour les personnes *trans**. Un vide dans les connaissances demeure en ce qui a trait en particulier aux facteurs explicatifs liés à la dimension organisationnelle.

La présente recherche vise à comprendre la manière dont les facteurs organisationnels influencent l'accessibilité aux services de santé pour les personnes *trans**. Elle vise également à documenter les pratiques existantes au sein des établissements de santé qui sont favorables à l'accessibilité aux services de santé pour cette population. Les résultats de cette recherche sont basés sur les données narratives issues d'entrevues semi-dirigées auprès de 7 personnes *trans** résidant sur le territoire de la Capitale-Nationale et 9 personnes à l'emploi du Centre de santé et de services sociaux (CSSS) de la Vieille-Capitale¹ ainsi que sur des données documentaires provenant de l'établissement.

À la lumière d'une adaptation du modèle de Donabedian (2003), les résultats de cette recherche suggèrent que la vision organisationnelle a une influence sur les intentions d'utilisation. La disponibilité des ressources matérielles et humaines agit directement sur l'utilisation des services de santé par les personnes *trans** tandis que l'adéquation de ces ressources détermine les dynamiques d'utilisation des services. Les pratiques positives sont celles traduisant une ouverture et une reconnaissance des besoins et des réalités des personnes *trans**. Les résultats de cette recherche permettront d'orienter l'action publique.

Mots-clés : accessibilité, *trans*/transgenre*, organisations de santé, utilisation des services, adéquation des services de santé, inégalités sociales en santé

¹ Cet établissement est maintenant connu sous l'appellation de *Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale*

ABSTRACT

The term *Transgender* or *trans** is an umbrella term which refer to people whose gender identity does not match the one assigned at birth. This term encompasses a wide spectrum of gender identities including both transsexual and transgender (Kaufman, 2008, p. 333). It is well established that *trans** people face barriers to accessing health care services. However, little scientific research has focused on the factors explaining the inequalities in access to health services for *trans** people. Knowledge gaps remains about the explanatory factors related to the organizational level.

This study aims to understand how organizational characteristics could impact the access to health care services for *trans** people. It also aims to identify best practices in health care organizations that promote access to health services for this population. Semi-structured interviews were conducted with 7 residents of Quebec City who identify as *trans** and 9 staff members and key informants of the Health and Social Services Centre (CSSS) in Capitale-Nationale. Documentary sources were also included in order to perform a triangulation of data.

Based on a modified version of the Donabedian conceptual framework (2003), the results of this study suggest that the organizational vision has an influence on the intended use of health services. The availability of health care services directly affects their utilization whereas the adequacy of health services to *trans** people' needs defines health-seeking behaviors. Successful practices are those inclusive and sensitive to the realities of *trans** people. These findings will help guide courses of action to improve access to health care services.

Keywords: access to health care, transgender, organizational factors, health service utilization, adequacy, health inequalities

TABLE DES MATIÈRES

Résumé	iii
Abstract.....	iv
Liste des figures et schémas	viii
Liste des abréviations, sigles et acronymes	ix
Introduction	10
Chapitre 1 — Problématique	13
1.1 Inégalités en santé et vulnérabilité	13
1.2 Les besoins en matière de santé	16
1.3 Les barrières à l'accès aux services de santé.....	17
1.3.1 Le coût des services	17
1.3.2 Les barrières vécues au moment du contact avec l'organisation de santé	19
1.3.2.1 Discrimination et attitudes transphobes	19
1.3.2.2 Services non inclusifs.....	20
1.3.3 Impact sur l'utilisation des services de santé.....	21
1.4 Explication des barrières à l'accès aux services de santé.....	22
Conclusion.....	25
Chapitre 2 — Cadre conceptuel.....	26
2.1 Définition du terme transgenre/trans*	26
2.2 Définition de l'accessibilité aux services de santé	28
2.3 Cadre conceptuel	30
2.3.1 Présentation du modèle de Donabedian	30
2.3.2 Adaptation du modèle de Donabedian	32
2.4 Hypothèses et questions de recherche.....	35
Chapitre 3 - Méthode de recherche	36
3.1 Devis de l'étude	36
3.2 Site de l'étude	36
3.3 Échantillon.....	38
3.4 Variables et instruments	39

3.5	Collecte et analyse des données	40
3.6	Cadre éthique.....	41
Chapitre 4 – Résultats de la recherche.....		42
4.1	Utilisation des services de santé.....	42
4.1.1	Type de services de santé utilisés	42
4.1.2	Fréquence d'utilisation	43
4.1.3	Besoins non comblés en matière de services de santé.....	44
Conclusion		46
4.2	La vision organisationnelle et l'utilisation des services de santé.....	47
4.2.1	Analyse de la vision organisationnelle.....	47
4.2.2	Influence de la vision organisationnelle sur l'utilisation des services	53
Conclusion		56
4.3	Le niveau de ressources et l'utilisation des services de santé.....	57
4.3.1	Analyse de l'offre de services	57
4.3.1.1	Les services généraux	58
4.3.1.2	Les services spécialisés.....	62
4.3.2	Les ressources humaines	65
Conclusion		70
4.3.2	Influence du niveau de ressources sur l'utilisation des services de santé	71
4.3.2.1	Influence de l'offre de services sur l'utilisation des services	71
4.3.2.2	Influence du niveau de ressources humaines	79
Conclusion		82
4.4	Les pratiques et l'utilisation des services de santé.....	84
4.4.1	Analyse des pratiques.....	84
4.4.1.1	Procédés organisationnels.....	84
4.4.1.2	Procédés cliniques.....	86
4.4.2	Pratiques et utilisation des services.....	91
4.4.2.1	Procédés organisationnels.....	91
4.4.2.2	Procédés cliniques.....	91
Conclusion		97

Chapitre 5 – Discussion.....	98
Conclusion.....	105
Bibliographie et références.....	107

LISTE DES FIGURES ET SCHÉMAS

Figure 3.1 Le modèle de Donabedian	32
Figure 3.2 Adaptation du modèle de Donabedian.....	35

LISTE DES ABRÉVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES

ASTTEQ	Action Santé Travesti(e)s et Transsexuel(le)s du Québec
ATQ	Aide aux trans du Québec
CDPDJ	Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse
CLSC	Centres locaux de services communautaires
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
HARSAH	Hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes
ITSS	Infections transmissibles sexuellement et par le sang
LGBT	Lesbiennes, Gais, Bisexuels et Transsexuels
SIDEP	Service intégré de dépistage et de prévention des ITSS
UDI	Usagers de drogues par injection
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
WPATH	World Professional Association for Transgender Health

INTRODUCTION

Le terme *transgenre* (ou *trans**) fait référence à l'identité des personnes dont le genre ne correspond pas au sexe assigné à la naissance et regroupe les identités transsexuelles, travesties et celles ne se situant pas dans la catégorie binaire homme/femme (Kaufman, 2008, p.333). Dans cette recherche, nous nous concentrerons sur les personnes qui ont fait une transition de genre ou en cours de transition, avec ou sans recours aux hormones ou aux interventions chirurgicales de réassignation de sexe. La forme abrégée *trans** sera préférée.

Les personnes *trans** constituent un groupe vulnérable en matière de santé faisant peu l'objet d'études en santé publique. Les recherches disponibles ont démontré l'existence de risques élevés de vivre de la violence (physique ou verbale), un taux élevé d'abus de substances, une forte prévalence du VIH et de problèmes de santé mentale dans ce groupe de la population (Lombardi, 2011, p. 216). De plus, les personnes *trans** rencontrent des barrières à l'accès aux services de santé. Cette vulnérabilité en santé est induite par les contextes juridiques et sociaux défavorables à l'égard des personnes *trans** qui influencent par ailleurs l'accès aux soins de santé.

Avant l'entrée en vigueur des changements apportés au Code civil du Québec en 2015, il était obligatoire pour les personnes *trans** de subir une modification structurale des organes sexuels et des caractères sexuels apparents afin de pouvoir changer la mention de sexe figurant à l'acte de naissance et autres documents d'identification (Bureau et Sauvé, 2011, p. 11). Cette exigence est désormais abolie (ASSNAT, 2013, p. 6). Néanmoins, le processus entourant le changement de prénom et de mention de sexe force les personnes *trans** à vivre, pour une période prolongée, des situations où leur identité de genre ne correspond pas à leur identité civile (CDPDJ, 2015, p. 21). Or, plusieurs situations de mauvais traitements et d'exclusion des services publics résultent de cette inadéquation (CDPDJ, 2007, p. 60). De même, les préjugés et la stigmatisation entraînent la précarité en emploi et la marginalisation sociale des personnes *trans** (CDPDJ, 2007, p. 54).

En 2011, le Québec définit un *Plan d'action gouvernemental de lutte contre l'homophobie* qui découle de sa première *Politique de lutte contre l'homophobie* (Justice Québec, 2011). L'un des objectifs énoncés dans ce document est de favoriser l'adaptation des services publics aux réalités des minorités sexuelles, dont les personnes transsexuelles et transgenres (Justice Québec, 2010, p. 11). Cependant, il existe peu de données probantes pour soutenir et encadrer le développement et la mise en œuvre de stratégies concrètes en ce sens. Si la recherche se développe aux États-Unis, en Australie et dans la province de l'Ontario au Canada, on recense un faible nombre de recherches sur la santé des personnes trans* au Québec (Namaste, 2000; Willoughby *et al.*, 2010; Dumas, 2013).

Ce mémoire s'inscrit dans le courant de recherche sur l'équité sociale en administration publique. Le concept d'équité sociale est introduit dans la discipline de l'administration publique dans les années 60. Il remet en question les notions d'efficacité et d'économie comme guide de l'administration publique au profit de l'atteinte de l'équité et de la réponse aux besoins des citoyens (Frederickson, 1990, p. 228). L'équité sociale en administration publique suppose une gestion équitable et juste des institutions publiques, la distribution équitable des services publics et la promotion de la justice et de l'égalité dans les politiques publiques (Gooden et Portillo, 2011, p. 62). Un vaste champ de recherches s'est développé sur la bureaucratie représentative, la diversité dans les organisations publiques et la prise en compte des inégalités sociales liées au genre ou à l'appartenance ethnique dans les politiques publiques (Gooden et Portillo, 2011, p. 65). Les minorités sexuelles demeurent un groupe encore peu étudié au sein de la discipline (Gooden et Portillo, 2011, p. 70).

La présente recherche porte sur l'accessibilité aux services de santé pour les personnes trans* au Québec. Elle vise à comprendre la manière dont les déterminants organisationnels pourraient influencer l'accessibilité aux services de santé pour les personnes trans*. Elle vise également à documenter les pratiques existantes au sein des organisations de santé qui sont favorables à l'accessibilité des services de santé pour les personnes trans*. Cette recherche contribuera à améliorer les connaissances actuelles sur la santé des personnes

trans* au Québec et à fournir des pistes pour le développement et la mise en œuvre de stratégies publiques permettant d'améliorer l'accès aux services de santé.

Nous proposons un devis de recherche qualitatif. La recherche se concentre sur le cas précis du territoire du Centre de santé et de services sociaux (CSSS) de la Vieille-Capitale. Les données de cette recherche proviennent de trois sources de données. À partir d'entrevues semi-dirigées, des données narratives ont été collectées d'une part auprès de personnes trans* résidant sur le territoire ($n_1=7$) et d'autre part, auprès de professionnels de la santé et de gestionnaires à l'emploi du CSSS de la Vieille-Capitale ($n_2=9$). La recherche s'appuie également sur des sources documentaires provenant du CSSS à l'étude et des institutions qui gouvernent l'établissement.

Ce mémoire se présente en cinq chapitres. Dans le premier chapitre, nous présentons la problématique de recherche. Le deuxième chapitre porte sur la présentation du cadre conceptuel. Le troisième chapitre porte sur la présentation de la méthodologie de recherche. Dans le quatrième chapitre, nous présentons les résultats de la recherche. Le dernier chapitre de ce mémoire porte sur la discussion des résultats.

CHAPITRE 1 — PROBLÉMATIQUE

1.1 Inégalités en santé et vulnérabilité

Les inégalités en santé font référence aux différences systématiques en matière de santé observées pour un groupe social donné qui peuvent être résolues par des actions politiques (Braveman, 2006, p. 181). Ces disparités en santé sont reliées au statut social ou économique, à l'appartenance à un groupe ethnique, à l'âge, au genre et autre caractéristique liée à une discrimination systémique (Braveman, 2014, p. 6). Les personnes trans* constitueraient un groupe vulnérable du point de vue de la santé d'après la littérature.

Les recherches ont démontré que les personnes trans* ont des risques élevés de vivre de la violence physique ou verbale. Les résultats d'une recherche menée aux États-Unis dans la ville de Washington auprès d'un échantillon de 248 personnes présentant une non-conformité de genre visible révèlent que 43 % des répondants ont été victimes de violence et 13 % d'agressions sexuelles ou viol (Xavier *et al.*, 2005, p. 36). Selon les répondants, l'identité de genre et l'orientation sexuelle seraient les raisons principales associées aux agressions vécues (Xavier *et al.*, 2005, p. 36). Les données de l'enquête *Transpulse* collectées entre 2009 et 2010 en Ontario au Canada, auprès d'un échantillon de 433 participants s'identifiant comme trans*, révèlent que 20 % des répondants ont été la cible d'agressions physiques ou sexuelles et 34 % ont vécu des agressions verbales sur la base de leur identité transgenre (Scanlon *et al.*, 2010).

On note également une forte prévalence de problèmes de santé mentale (dépression, troubles anxieux et idéations suicidaires) dans cette portion de la population. Il existerait une forte corrélation entre la dépression et le fait de vivre de la transphobie (Rotondi *et al.*, 2011b). Selon les données de l'enquête *Transpulse*, environ 62 % des répondantes transsexuelles et 66,4 % des répondants transsexuels rapportent des symptômes semblables à ceux de la dépression, 28,8 % de l'ensemble des répondants vivraient des problèmes de

santé mentale majeurs et 74,2 % présenteraient des troubles de l'anxiété (Rotondi *et al.*, 2011a, p. 142; Rotondi *et al.*, 2011b, p. 119). La vaste enquête *The National Transgender Discrimination Survey* menée en 2008 auprès d'un échantillon de 6 450 répondants transgenres à travers les États-Unis révèle que 41 % des répondants ont rapporté une tentative de suicide comparé à 1,6 % pour l'ensemble de la population (Grant *et al.*, 2010, p. 15). 38 % des répondants (n =248) de la recherche menée dans la ville de Washington rapportent avoir eu des idéations suicidaires au cours de leur vie dont 63 % les attribuant directement aux enjeux liés à l'identité de genre (Xavier *et al.*, 2005, p. 38). Au Canada, les données de l'enquête *Transpulse* révèlent que les trois quarts des répondants ont déjà envisagé le suicide dont 50 % pour des raisons liées à leur identité transgenre (Scanlon *et al.*, 2010). 43 % des répondants de cette enquête affirment avoir commis une tentative de suicide à un moment donné de leur vie (Scanlon *et al.*, 2010).

On note également un taux élevé d'abus de substances psychoactives (alcool et drogues) dans cette portion de la population. 48 % des répondants de groupes de discussion (*focus groups*) tenus en 2004 en Virginie composés d'un échantillon total de 47 personnes transsexuelles rapportent un abus de substances (Xavier *et al.*, 2013, p. 8). Selon les estimations d'une méta-analyse de 29 recherches réalisées entre 1990 et 2003 auprès de répondants transgenres de différents États américains, une moyenne de 13,7 % rapporte des problèmes d'abus d'alcool ou autres substances psychoactives (Herbst *et al.*, 2008). L'abus de substances serait par ailleurs relié à la dépression et à la faible estime de soi (Xavier *et al.*, 2013, p. 8).

La vulnérabilité au VIH pour le groupe de population trans* a été largement documentée (Logie *et al.*, 2012; Lombardi, 2011). Les résultats de la vaste enquête *The National Transgender Discrimination Survey* menée en 2008 indiquent que le taux d'infections par le VIH pour ce groupe de la population (2,64 %) serait quatre fois supérieur à celui de la population américaine en général (0,6 %) (Grant *et al.*, 2010, p. 13). D'après les estimations de la méta-analyse de recherches menées aux États-Unis, la prévalence du VIH chez les transsexuelles se situerait en moyenne autour de 27,7 % sur la base de tests de dépistage

réalisés et autour de 11,8 % sur la base de statuts autodéclarés (Herbst *et al.*, 2008). En effet, les recherches menées dans différentes villes américaines ont établi la prévalence du VIH chez les transsexuelles de la manière suivante : 21 % à Chicago, 21 % à 30 % à New York et 26 % à 47 % à San Francisco (Xavier *et al.*, 2005, p. 44). D'une manière générale, il existe peu de données sur la prévalence du VIH chez les transsexuels (Adams *et al.*, 2008; Bauer *et al.*, 2012; Chen *et al.* 2011; Clements-Nolle *et al.*, 2001; Sevelius, 2009; Xavier *et al.*, 2005). Elle se situerait entre 0 % et 3 % selon les recherches (Herbst *et al.*, 2008, p. 8). En Ontario, d'après les données de l'enquête *Transpulse*, la prévalence du VIH sur la base des statuts autodéclarés s'établit à 0,6 % pour les répondants transsexuels et à 3 % pour les répondantes transsexuelles. Cependant, 46 % dans l'ensemble des répondants affirment n'avoir jamais fait de tests de dépistage du VIH (Bauer, 2012, p. 299).

On peut établir que la vulnérabilité en santé des personnes trans* découle des inégalités sociales. En effet, la stigmatisation sociale des personnes trans* entraîne des conditions de vie précaires dans le sens où celles-ci peuvent voir leurs opportunités d'emploi limitées à cause de leur apparence, des documents d'identification non conformes à leur identité et de la difficulté à établir un historique professionnel ou académique du fait du changement de genre/sexe (Lombardi, 2011, p. 216). La précarité en emploi contraint notamment certaines personnes à se diriger vers le travail du sexe qui a été identifié comme un facteur de risque dans l'infection au VIH (Lombardi, 2011; Grant, 2010, p. 13). Par exemple, la prévalence du VIH serait deux fois plus élevée chez les travailleuses du sexe transsexuelles comparativement aux personnes transsexuelles non engagées dans le travail du sexe (Operario, 2008, p. 97). Par ailleurs, la transphobie a été identifiée comme un facteur qui augmente le risque de dépression et de suicide et qui affecte de manière générale l'état de santé mentale (Grant, 2010, p. 16). De même, l'abus de substances psychoactives est généralement associé aux discriminations sociales vécues du fait d'être trans* ou de présenter une non-conformité de genre (Grant, 2010, p. 14).

Il existe peu de données disponibles permettant de comparer l'état de santé des personnes trans* par rapport au reste de la population. Les enquêtes populationnelles n'incluent

généralement pas de mesures démographiques permettant d'identifier les répondants trans*. De plus, il n'existe pas de données d'enquête provenant du Québec. Les données proviennent principalement des États-Unis et de l'Ontario au Canada. Toutefois, les conditions sociales défavorables pour les personnes trans* dont découle la vulnérabilité en santé sont présentes au Québec.

1.2 Les besoins en matière de santé

Les personnes trans*, notamment celles qui entreprennent un processus de transition physique, peuvent avoir des besoins particuliers en matière de santé. En outre, les personnes trans* ont également des besoins de santé similaires au reste de la population.

La transition physique implique des besoins spécialisés en matière de santé. En effet, dans le but de rendre leur apparence conforme au genre d'identification, les personnes trans* peuvent avoir recours à l'hormonothérapie féminisante ou masculinisante (WPATH, 2012, p. 37). Suivant les standards de soins établis par l'*Association mondiale des professionnels pour la santé transgenre*, ce type de soins peut être obtenu auprès de spécialistes en endocrinologie, mais aussi auprès de médecins généralistes. De plus, des interventions chirurgicales peuvent être nécessaires pour certaines personnes afin d'apporter des modifications aux caractères sexuels primaires et/ou secondaires (ex. : chirurgie de la poitrine et/ou des seins, chirurgie des organes génitaux internes et/ou externes) et à d'autres aspects corporels (ex. : traits faciaux, implants, chirurgie de la voix) (WPATH, 2012, p. 60). Finalement, un diagnostic de dysphorie de genre est souvent exigé par les professionnels de la santé avant de procéder à la prescription d'un traitement hormonal et pour autoriser l'accès à certaines interventions chirurgicales. Ainsi, plusieurs personnes trans* auront recours à des services de psychothérapie pour cette raison. Le recours à la psychothérapie peut également avoir d'autres objectifs, tels que l'exploration de l'identité, l'estime de soi ou la gestion de la transphobie (WPATH, 2012, p. 24).

Pour ce qui concerne les soins de santé courants, les besoins des personnes trans* sont similaires à ceux du reste de la population (Kenagy, 2005; Kenagy et Bostwick., 2005; Logie, 2012; Sperber *et al.*, 2005). Ainsi, les standards de soins appliqués sont généralement les mêmes que ceux appliqués pour le reste de la population (Feldman et Goldberg, 2006). Cependant, les soins obtenus relativement à la transition physique peuvent déterminer certains besoins particuliers au niveau des soins de santé courants. L'utilisation d'hormones peut nécessiter des visites médicales relatives au maintien du traitement, mais également au dépistage et à la gestion des comorbidités associées à l'utilisation d'hormones sur le long terme, telles que les risques cardiovasculaires et des formes de cancers (WPATH, 2012, p.106). Certaines personnes trans* auront également recours aux services gynécologiques pour des soins de suivis intervenant après la chirurgie génitale ainsi que pour des infections occasionnées par la prise d'hormones (WPATH, 2012, p.74).

1.3 Les barrières à l'accès aux services de santé

Les recherches ont montré que les personnes trans* rencontrent des barrières à l'accès aux services de santé. D'une manière générale, les barrières identifiées dans la littérature sont de deux types : le coût des services de santé et les formes d'exclusion vécues au sein des établissements de santé.

1.3.1 Le coût des services

Les barrières à l'accès aux services de santé qui sont liées aux coûts peuvent se présenter de manière différente selon le type de système de santé.

Aux États-Unis, les barrières liées aux coûts des services de santé sont expliquées par l'absence de couverture médicale universelle. D'après une méta-analyse de recherches américaines, l'incapacité de payer pour les soins de santé est la principale barrière rapportée

par les répondants, suivie du fait de ne pas posséder une assurance maladie (Herbst et *al.*, 2008). La moitié des répondants de la vaste enquête américaine *The National Transgender Discrimination Survey* affirment avoir déjà reporté des soins médicaux en cas de maladies ou de blessures ou des soins préventifs à cause de l'incapacité de payer (Grant et *al.*, 2010, p. 7). De plus, 19 % des répondants de cette enquête ne possèderaient pas une assurance maladie comparativement à 15 % pour la population américaine (Grant et *al.*, 2010, p. 8). Il est par ailleurs établi qu'une forte proportion de personnes transgenres aux États-Unis n'auraient pas accès à une assurance maladie à cause de la discrimination en emploi et des conditions de travail précaires (Xavier et *al.*, 2013, p. 8). Ainsi, un lien direct est établi entre le statut socio-économique et l'accès aux soins de santé (Lombardi, 2011, p. 217; Kenagy, 2005).

Malgré que le Québec soit doté d'un système de santé public, le coût des services de santé pourrait également constituer une barrière à l'accès aux soins pour les personnes trans*. D'une part, certaines personnes pourraient être contraintes de payer pour obtenir des soins de santé relatifs à la transition physique au sein d'établissements privés à cause de la non-disponibilité de ces services dans le réseau public (ASTT[e] Q, 2012, p. 28). Ce serait notamment le cas pour des soins en psychothérapie, en endocrinologie et pour certaines interventions chirurgicales (ASTT[e] Q, 2012). D'autre part, des frais administratifs sont associés à la démarche de changement de l'état civil et des documents d'identité, dont la carte d'assurance maladie (ASTT[e] Q, 2012, p. 61). Ainsi, les personnes qui sont dans l'impossibilité financière d'entreprendre ce processus se retrouvent avec une carte d'assurance maladie ne concordant pas avec leur apparence. Ceci pourrait occasionner leur exclusion des services publics. Il faut également souligner que l'accès au réseau public de santé au Québec est déterminé selon le statut d'immigration (ASTT[e] Q, 2012, p. 49).

1.3.2 Les barrières vécues au moment du contact avec l'organisation de santé

Deux termes sont utilisés dans la littérature pour décrire les mécanismes à l'œuvre qui rendent difficile l'accès aux soins de santé pour les personnes trans*. Premièrement, la transphobie réfère à la peur ou la haine des personnes trans* et à la discrimination basée sur le fait d'avoir une identité ou une expression de genre qui diffère de la norme sociale (Snelgrove et *al.*, 2012, p. 111). Deuxièmement, la cisnormativité décrit le contexte socioculturel qui nie l'existence d'identités se situant à l'extérieur de la binarité homme/femme et définit la nature systémique de l'exclusion des personnes trans* (Logie, 2012, p. 2). Ainsi, des formes d'exclusion des établissements de santé sont vécues par les personnes trans* et se traduisent par les attitudes négatives de la part du personnel de santé et le manque de sensibilité aux réalités trans* dans l'offre et la dispensation des soins de santé.

1.3.2.1 Discrimination et attitudes transphobes

Des expériences de discriminations et de refus de soins de santé sur la base de l'identité transgenre ont été rapportées dans des recherches qualitatives menées dans des villes américaines. Ces recherches révèlent qu'un pourcentage de 12 % des répondants se sont vus refuser des soins de routine et 23 % se sont vus refuser des soins médicaux spécifiques à cause de leur identité transgenre (Kenagy et Bostwick, 2005; Kenagy, 2005). Le refus de soins par un professionnel de la santé à cause d'une non-conformité de genre a également été vécu par une moyenne de 19 % des répondants de l'enquête américaine *The National Transgender Discrimination Survey* (Grant et *al.*, 2010, p. 5). Ces répondants se seraient vus refuser des soins de santé au sein de différents points de services, tels que les cliniques médicales, les hôpitaux, les urgences et les cliniques de santé mentale.

Des expériences de mauvais traitements ou de traitements inadéquats de la part des professionnels de la santé ont également été rapportées (Sperber et *al.*, 2005). Des répondants de groupes de discussions (*focus groups*) menés en Virginie aux États-Unis

rapportent avoir vécu de l'hostilité, un manque de respect et de la discrimination de la part de professionnels de la santé (Xavier et al., 2013, p. 8). De plus, selon les résultats de l'enquête américaine *The National Transgender Discrimination Survey*, 28 % des répondants rapportent avoir vécu de la violence verbale au sein d'établissements de santé et 2 % des répondants auraient vécu de la violence physique (Grant et al., 2010, p. 7).

1.3.2.2 Services non inclusifs

La méconnaissance des réalités et des besoins des personnes trans* par les professionnels de la santé constitue une barrière à l'utilisation des services de santé. La difficulté d'accès à un professionnel de la santé ayant des connaissances médicales relatives aux besoins des personnes transsexuelles a été la barrière la plus souvent rapportée par les répondants (32 %) d'une recherche menée à New York, suivie de l'accès à un médecin faisant preuve d'ouverture à l'égard des transidentités (30 %) (Sanchez, 2009, p. 715). En moyenne, 30,5 % des répondants n'auraient pas pu obtenir des soins médicaux à cause de l'insensibilité des professionnels de santé à leurs besoins spécifiques relatifs à la transition physique (Garofalo et al., 2006; Xavier et al., 2005).

Par ailleurs, la non-inclusion des besoins des personnes trans* dans l'offre de services constitue un facteur d'insatisfaction et influence l'utilisation des services de santé. Les résultats des groupes de discussion menés en Virginie auprès de 47 répondants transsexuels montrent que le manque de services adaptés aux besoins des personnes trans* ainsi que le manque de ressources informationnelles adéquates constituent des barrières au moment du contact avec les établissements de santé (Xavier et al., 2013, p. 7). Des résultats similaires ressortent de groupes de discussion menés en Ontario au Canada auprès de 85 répondants dans le cadre de l'enquête *Transpulse* réalisée en 2006 (Bauer et al., 2009). Les résultats de groupes de discussion menés dans différentes villes américaines (San Francisco, Minneapolis, Virginie) ont notamment révélé que des répondants n'utilisent pas les programmes de prévention du VIH à cause du fait que ces programmes n'incluent pas les réalités des personnes transgenres (Xavier et al., 2005).

1.3.3 Impact sur l'utilisation des services de santé

L'expérience de la transphobie au sein des services de santé ou la peur de vivre la transphobie entraînerait une sous-utilisation, voire un évitement des services (Lombardi, 2011, p. 217). En ce sens, 28 % des répondants de l'enquête américaine *The National Transgender Discrimination Survey* auraient reporté ou évité des services médicaux même en cas de maladies ou blessures et 33 % auraient reporté ou n'auraient pas tenté d'obtenir des soins préventifs (Grant et al., 2010, p. 7). D'après les données collectées en Ontario entre 2006 et 2007, c'est l'une des raisons évoquées par les répondants trans* pour justifier l'évitement des services de dépistage du VIH (Adams et al., 2008, p. 36).

De même, les difficultés d'accès aux services de santé ainsi que les mauvaises expériences de soins entraîneraient une désaffiliation du système de santé. Les personnes pourraient notamment être amenées à se procurer des hormones en dehors du système de santé (ex. : rue, internet, connaissances), à prendre des hormones sans supervision médicale et à recourir à des interventions chirurgicales dans des conditions non sécuritaires (Xavier et al., 2013, p. 10; Singh et al., 2014). Par exemple, aux États-Unis, ce serait un pourcentage de 23 % de répondant-es transsexuel-les à New York, 58 % dans la Ville de Washington et 71 % de répondantes transsexuelles à Chicago qui rapportent avoir obtenu des hormones hors du système de santé au cours de l'année précédente (Sanchez et al., 2009; Garofalo et al., 2006). En Ontario, 26,8 % des répondants rapportent avoir déjà utilisé des hormones sans prescription (Rotondi et al., 2013, p.1831). Cette pratique augmente les risques en santé, notamment l'exposition aux infections transmissibles par le sang causée par l'utilisation de seringues usagées ainsi que le surdosage d'hormones aux conséquences encore méconnues (Sanchez et al., 2009, p. 713). En ce sens, les barrières à l'accès aux services de santé renforcent les conditions de vulnérabilité en santé des personnes trans*.

1.4 Explication des barrières à l'accès aux services de santé

La littérature présentée dans la section précédente a permis d'établir la problématique de l'accessibilité aux services de santé pour les personnes trans*. Il existe cependant peu de recherches explicatives tentant de comprendre le phénomène d'une manière systémique.

Quelques recherches se sont intéressées aux caractéristiques individuelles des professionnels de la santé qui sont associées à des attitudes négatives vis-à-vis des personnes trans*. En utilisant une échelle de mesure de sentiments transphobes (*Genderism and transphobia scale*), ces recherches ont mis en évidence que les opinions négatives des professionnels de la santé vis-à-vis des personnes trans* varient selon des facteurs tels que le genre, l'orientation sexuelle et le schème de valeurs suivant la pratique religieuse et les opinions politiques (Chapman et *al.*, 2012). Il ressort que d'une manière générale, le fait d'être un homme, d'être hétérosexuel ou d'avoir peu de connaissances sur la diversité des identités de genre est associé à des niveaux plus élevés d'attitudes et de sentiments négatifs vis-à-vis des personnes transgenres (Willoughby et *al.*, 2010, p. 260), tandis que les attitudes positives seraient liées au fait d'être ou de connaître une personne transgenre, au fait de ne pas être hétérosexuel ou d'avoir reçu une formation sur le genre et la sexualité (Willoughby et *al.*, 2010, p. 269). Par ailleurs, les professionnels en santé mentale et les infirmiers seraient plus susceptibles d'avoir des attitudes positives vis-à-vis des personnes transgenres (Willoughby et *al.*, 2010, p. 257).

D'autres recherches qualitatives se sont concentrées sur l'interaction entre le personnel médical et les clientèles trans*, comprenant ainsi d'une manière holistique les difficultés rencontrées par les professionnels de la santé dans l'intervention auprès des clientèles trans*. Le manque de connaissances médicales relatives à la transsexualité ainsi que de connaissances sur les réalités trans* est la principale difficulté identifiée par les professionnels de la santé (Lurie, 2005). Au niveau des activités de dispensation de soins, cette difficulté se traduirait par le manque d'habiletés et d'aisance pour aborder certains enjeux de santé avec les clientèles des minorités sexuelles (Dumas, 2013, p. 71). Elle peut

se traduire également par l'ignorance des terminologies et des normes culturelles à adopter vis-à-vis des clientèles trans* selon les répondants (n=13) d'une recherche qualitative menée aux États-Unis (Lurie, 2005). Le manque de connaissances médicales serait lié par ailleurs à la rareté de sources informationnelles telles que des guides de pratiques et protocoles de soins relatifs à la transsexualité (Lurie, 2005). De même, la difficulté d'identifier un réseau de spécialistes ne serait pas favorable au développement des compétences médicales et à la continuité des soins (Snelgrove et *al.*, 2012). Par exemple, les professionnels de santé auraient plus de réticence à prescrire des traitements hormonaux en réponse aux besoins des clientèles trans* à cause du manque de connaissances sur les protocoles de soins à adopter (Singh et *al.*, 2014, p. 9).

Poteat et *al.* (2013) utilise le concept de *stigma* tandis que Baur et *al.* (2009) utilise le concept d'effacement (*erasure*) pour décrire le contexte de stigmatisation sociale et institutionnelle qui sous-tend le manque de connaissances relatives aux besoins de santé et aux réalités des personnes trans*. Il serait à l'origine, par exemple, de l'exclusion des connaissances médicales sur la transsexualité du cursus académique et des formations des professionnels de santé. En réponse, les professionnels de santé auraient recours à des stéréotypes dans le traitement des identités trans* entraînant ainsi des mauvaises expériences de soins pour les personnes trans* (Poteat et *al.*, 2013).

Un nombre plus restreint de recherches se sont intéressées à la dimension organisationnelle pour expliquer le phénomène. Ces recherches établissent néanmoins que la vision et le niveau de ressources sont des facteurs organisationnels pouvant influencer l'utilisation des services de santé par les personnes trans*.

La vision organisationnelle pourrait déterminer les conditions favorables à l'utilisation des services de santé (Lurie, 2005). Selon les répondants (n=13) d'une recherche menée en Ontario, une reconnaissance et une ouverture à l'égard de la diversité des identités de genre dans la culture organisationnelle seraient à même de favoriser le développement de politiques inclusives des besoins et des réalités des personnes trans* (Snelgrove et *al.*, 2012). À l'inverse, des politiques organisationnelles non inclusives pourraient entraver

l'utilisation des services. Par exemple, selon les répondants de cette recherche, le sexe comme critère d'admissibilité à certains services en radiologie et pour certaines interventions thérapeutiques pourrait en limiter l'accès aux personnes trans* (Snelgrove et *al.*, 2012, p. 8).

Le niveau de ressources aurait également une influence sur l'utilisation des services de santé. Les résultats d'une recherche qualitative menée en Inde en 2012 établissent un lien entre la disponibilité des services spécialisés relatifs à la transition physique et leur utilisation par les personnes trans* (Singh et *al.*, 2014). En l'absence dans le réseau public d'une offre de services relatifs aux interventions chirurgicales de réassignation de sexe, les répondants trans* auront tendance à avoir recours à d'autres sources de soins relevant du secteur privé et de l'extérieur du système médical conventionnel (Singh et *al.*, 2014). De même, selon les répondants (n=20) d'une recherche qualitative réalisée au Québec, la disponibilité de programmes ou de services s'adressant spécifiquement aux clientèles transgenres ainsi qu'une organisation des ressources assurant la continuité des services seraient favorables à l'utilisation des services (Dumas, 2013). Ainsi, une hiérarchisation des services assurant la dispensation des traitements hormonaux par les professionnels de première ligne (médecins généralistes, médecins de famille), et non pas uniquement par des spécialistes, pourrait réduire le délai d'obtention de ce type de soins selon les répondants (n=13) d'une recherche qualitative réalisée en Ontario (Snelgrove et *al.*, 2012, p. 8).

En ce qui concerne les ressources humaines, il a été établi que la difficulté d'identifier des professionnels de santé ayant les compétences pour répondre aux besoins des personnes trans* constitue une barrière à l'utilisation des services par les personnes trans* (Xavier et *al.*, 2005; Garofalo et *al.*, 2006; Sanchez, 2009). Or, l'organisation de santé pourrait déterminer l'habilitation du personnel selon qu'elle rend disponibles ou non des activités de formation et de sensibilisation sur les besoins et les réalités des personnes trans* (Lurie, 2005). De façon concrète, dans la recherche réalisée au Québec au sein du Centre de santé et de services sociaux (CSSS) Jeanne Mance, le soutien de l'établissement à l'amélioration continue des pratiques professionnelles vis-à-vis des clientèles transgenres a été identifié comme une pratique positive par les répondants (Dumas, 2013).

Conclusion

Dans ce chapitre, nous avons présenté la littérature faisant état des inégalités sociales en santé vécues par les personnes trans* sur la base de la prévalence du VIH, de problèmes de santé mentale et de l'abus de substances psychoactives. Nous avons également présenté les barrières à l'accès aux services de santé rencontrées par ce groupe, que constituent le coût et les formes d'exclusions vécues au sein des sources de soins. Ceci nous a permis d'établir la problématique de l'accessibilité aux services de santé pour les personnes trans*.

Il y a un vide dans les connaissances au sujet des facteurs qui expliquent le phénomène. Certaines pistes d'explications portent sur le niveau individuel mettant en évidence certaines caractéristiques telles que le sexe, l'orientation sexuelle, le schème de valeurs et la profession médicale comme étant positivement ou négativement reliées à la transphobie et aux attitudes discriminatoires qui limitent l'utilisation des services de santé. D'autres recherches se sont concentrées sur l'interaction patient-professionnel considérant d'une manière holistique les obstacles à l'utilisation des services qui découlent des interactions négatives. Un contexte social et institutionnel plus global définirait le manque de connaissances médicales et d'habiletés nécessaires à l'intervention auprès des personnes trans* à la source des mauvaises expériences de soins. Cependant, peu de recherches disponibles relient l'accessibilité aux services de santé pour les personnes trans* avec des déterminants relevant du niveau organisationnel. Les recherches disponibles permettent néanmoins d'établir que la vision organisationnelle et le niveau de ressources sont des facteurs pouvant influencer l'utilisation des services de santé.

Cette avenue de recherche demeure toutefois peu explorée. On en sait peu sur la manière dont les facteurs organisationnels entrent en œuvre pour expliquer le phénomène. Il serait intéressant de poursuivre la recherche scientifique sur la dimension organisationnelle afin de développer une compréhension exhaustive de l'accessibilité aux services de santé pour les personnes trans* et de fournir des pistes pour l'action publique.

2.1 Définition du terme transgenre/trans*

Le terme générique *transgenre* (ou *trans**) fait référence aux personnes dont l'identité de genre s'inscrit hors de la conception sociale du genre associé au sexe (homme ou femme). Il regroupe notamment les identités transgenres, transsexuelles, travesties et celles se situant hors de la catégorie binaire homme/femme (Kaufman, 2008, p. 333).

Les personnes dont le sexe assigné à la naissance n'est pas en adéquation avec leur identité de genre peuvent avoir recours aux hormones et/ou à des interventions chirurgicales de réassignation sexuelle pour modifier leur apparence. Le terme *transsexuel* est généralement utilisé en référence à ces personnes (Gerhardstein et Anderson, 2010, p. 361). L'utilisation des acronymes et termes dérivés que sont *MtF* (male to female) ou *transsexuelle* et *FtM* (female to male) ou *transsexuel*, est courante selon que la personne adopte les caractéristiques associées socialement au sexe masculin ou féminin (Gerhardstein et Anderson, 2010, p. 361). Le terme *transgenre* est dès lors généralement employé pour établir la distinction avec les personnes qui choisissent de ne pas recourir à la transition physique par le biais d'un traitement hormonal ou d'interventions chirurgicales de réassignation sexuelle (ASTT[e] Q, page consultée le 1 novembre 2013). Dans les deux cas, les personnes entreprennent ou souhaitent souvent entreprendre une transition sociale en changeant notamment les documents d'état civil, les pronoms et les prénoms employés dans la vie quotidienne (Bauer, 2012, p. 1).

Sous la bannière *transgenre* ou *trans**, on regroupe également les identités travesties (*crossdresser*) et autres identités se situant hors des catégories homme et femme. Le terme *travesti* fait référence aux personnes présentant, généralement à temps partiel, une expression de genre contraire aux normes sociales associées au sexe et qui ne souhaitent pas entreprendre un processus de transition physique ou sociale (ASTT[e] Q, page

consultée le 01 novembre 2013). De plus, une panoplie de termes, plus courants en anglais, sont utilisés par les personnes qui ne s'identifient ni à la catégorie homme ni à la catégorie femme, qui recourent dans une certaine mesure ou non aux hormones ou à certaines interventions chirurgicales pour modifier leur apparence (ex. : bi-spirituel-le, *gender outlaws*, *genderqueer*, *gender nonconformists*, etc...).

Dans le jargon médical, la cinquième édition du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM-5) met de l'avant le diagnostic de dysphorie de genre. La dysphorie de genre est reconnue cliniquement chez les personnes dont l'expérience et l'expression de genre divergent de la norme sociale, de manière continue pour une période minimale de six mois (American Psychiatric Association, 2013). La dysphorie de genre se manifesterait par l'inconfort causé par la discordance entre l'identité de genre d'une personne et son sexe d'assignation à la naissance, un fort désir de vivre dans le genre opposé ou de se faire enlever les caractéristiques sexuelles du sexe assigné à la naissance ou une forte conviction d'éprouver les émotions attribuables au genre opposé (American Psychiatric Association, 2013).

Il est important de souligner qu'il n'existe pas un consensus sur la définition et l'utilisation des termes *transgenre*, *transsexuel*, *travesti* et des identités associées. Ces termes ne représentent pas toujours de manière adéquate l'identité et la réalité des personnes auxquelles on les associe. Certaines personnes refusent d'utiliser ou de s'identifier à ces catégories. D'autres personnes utiliseront des termes divers pour définir leurs identités de genre et l'exprimeront de diverses manières (ASTT[e] Q, page consultée le 01 novembre 2013). Pour cette raison, la forme abrégée *trans** sera préférée dans cette recherche étant donné que ce terme est établi comme plus inclusif des différentes identités de genre. Nous utiliserons le terme *trans** dans un sens qui regroupe les personnes s'identifiant comme telles et qui ont fait une transition de genre/sexe ou en cours de transition, en ayant recours ou non à des traitements hormonaux ou des interventions chirurgicales de réassignation de sexe.

2.2 Définition de l'accessibilité aux services de santé

Dans la littérature, les notions d'utilisation et d'adéquation des services de santé aux besoins des populations constituent deux dimensions clés des définitions de l'accessibilité.

Andersen (1995) définit l'accessibilité comme l'utilisation des services et tout ce qui en facilite ou empêche l'utilisation. Il conçoit l'accessibilité du point de vue de la disponibilité des ressources, mais également de leur utilisation effective par les personnes qui en ont besoin (Aday et Andersen, 1974, p. 216). Cette définition suppose donc de tenir compte des barrières et des éléments qui facilitent l'utilisation des services de santé. D'un point de vue opérationnel, les déterminants de l'accessibilité seraient la présence de ressources facilitantes (accès potentiel), l'utilisation effective des ressources (accès effectif) et une juste répartition de celles-ci (accès équitable) (Andersen, 1995, p. 4).

Les barrières structurelles, financières et personnelles engendrant une sous-utilisation des services et des effets négatifs sur la santé entrent en compte dans la définition de l'accessibilité proposée par *The Institute of Medicine* (Goldsmith, 2007, p. 13). L'accessibilité est mesurée du point de vue de l'utilisation des services de santé pour obtenir les meilleurs résultats possibles. Plusieurs indicateurs de mesure de l'accès sont développés en ce sens dont le pourcentage de personnes ne contactant pas un professionnel de la santé en cas de maladie sévère (Goldsmith, 2007, p. 14).

D'autres définitions de l'accessibilité mettent en exergue la dimension d'adéquation des services de santé aux besoins des populations. Dans la définition de Penchansky et Thomas (1981), l'accès est conçu comme l'adéquation (*fit*) entre les caractéristiques du système et les attentes des clients. C'est le degré d'adéquation qui aurait une influence sur l'utilisation des services et la satisfaction des patients (Penchansky et Thomas, 1981). Ainsi, les cinq déterminants de l'accessibilité sont : la disponibilité, l'accessibilité, l'accommodement (*accommodation*), le coût (*affordability*) et l'acceptabilité (Penchansky et Thomas, 1981). La disponibilité réfère à la relation entre le volume ainsi que le type de services existants et le volume et les besoins du patient. L'accessibilité, au sens propre, renvoie à la répartition

géographique des ressources en tenant compte des transports disponibles, de leurs coûts et de la distance. L'accommodement réfère à la relation entre l'organisation des ressources et la perception de l'organisation comme adéquate. Le coût (*affordability*) fait le lien entre les coûts du service et la capacité du client de payer pour l'obtenir. Finalement, l'acceptabilité renvoie à l'interaction du patient avec le professionnel de la santé selon les caractéristiques personnelles et professionnelles des intervenants de la santé (Penchansky et Thomas, 1981). Pour Khan et Bhardwaj (1994), le résultat du processus de l'interaction entre les caractéristiques du système de santé et celles de l'utilisateur qui définit l'accessibilité est modéré par les politiques et les actions publiques en matière de santé (Khan et Bhardwaj, 1994, p. 66).

Donabedian (1973) définit l'accessibilité comme les caractéristiques du système de santé qui facilitent ou empêchent l'utilisation par des clients potentiels (Donabedian, 1973, p. 419). L'accessibilité est conçue comme découlant de l'organisation de santé en elle-même en ce sens qu'elle détermine les obstacles et les facilitateurs à l'utilisation. Donabedian (1973) distingue l'accessibilité géographique et l'accessibilité socio-organisationnelle. L'accessibilité géographique fait référence à la disponibilité des ressources pour l'individu qui a besoin de soins. L'accessibilité socio-organisationnelle fait référence à l'adéquation entre les caractéristiques sociales, culturelles, économiques ou psychologiques des individus et la source de soins (Donabedian, 1973, p. 424). Cette définition de l'accessibilité englobe ainsi les deux dimensions d'utilisation et d'adéquation aux besoins des populations.

Dans cette recherche, l'accessibilité aux services de santé sera conçue suivant la définition de Donabedian. Elle sera mesurée du point de vue de l'utilisation des services de santé par les personnes trans* tout en prenant compte de l'adéquation (*fit*) des sources de soins aux caractéristiques sociales et culturelles des individus ainsi que des barrières et des facilitateurs à l'utilisation effective.

2.3 Cadre conceptuel

Le cadre d'analyse de cette recherche sera issu d'une adaptation du modèle classique de Donabedian (1973).

2.3.1 Présentation du modèle de Donabedian

Donabedian (1973) propose un modèle conceptuel de mesure de la qualité des soins de santé comportant trois dimensions : structure, processus (*process*), résultats (*outcomes*).

Dans le modèle de Donabedian, la dimension *Structure* fait référence aux caractéristiques de la source de soins et désigne les éléments physiques et organisationnels dans lesquels les soins sont dispensés (Donabedian, 2003). Elle fait référence aux attributs du système incluant les ressources disponibles, les ressources humaines et la structure organisationnelle (Donabedian, 1973). Selon Donabedian, les éléments de la dimension structurelle sont d'une part, les ressources matérielles telles que l'équipement et les infrastructures ainsi que la disponibilité des équipements hospitaliers. D'autre part, ce sont les ressources humaines telles que le nombre, la variété et la qualification du personnel. Et finalement, ce sont des caractéristiques organisationnelles telles que l'organisation du personnel médical et infirmier (Donabedian, 2003, p. 45).

La dimension *Processus* fait référence aux activités entrant en compte dans la dispensation des soins. Elle inclut les activités habituellement réalisées par les professionnels de santé, telles que le diagnostic, le traitement, la prévention et l'éducation du patient (Donabedian, 1973). Cette dimension est évaluée du point de vue de la conformité de la séquence des activités ainsi que des soins fournis aux standards établis de performance et de qualité des soins (Donabedian, 1973).

Dans le modèle de Donabedian, la dimension *Résultats* fait référence aux résultats en matière de santé pour le patient suite au contact avec le système de santé (Donabedian,

1973). Cette dimension inclut les résultats de type social/psychologique, c'est-à-dire l'adoption par le patient de comportements qui peuvent influencer l'amélioration de son état de santé futur, tels que l'adhérence au traitement ou les changements dans les habitudes de vie. Les résultats de type évaluatif regroupent l'opinion ou la satisfaction des patients vis-à-vis des soins reçus et de leurs retombées (Donabedian, 2003, p. 45).

Le modèle de Donabedian nous fournit donc un cadre d'analyse pour mettre en relation la structure organisationnelle (*Structure*), les pratiques de dispensation des soins et les résultats au niveau des individus (*Outcomes*). Il y aurait une interdépendance entre l'ensemble de ces dimensions. Selon ce modèle, la dimension *structure* agirait sur les autres dimensions en ce sens que la manière dont le système de santé est organisé influence la façon dont les personnes dans ce système se comportent (*processus*) et conséquemment la qualité des soins offerts et reçus (Donabedian, 1973, p. 60).

La figure ci-dessous illustre le cadre de Donabédian :

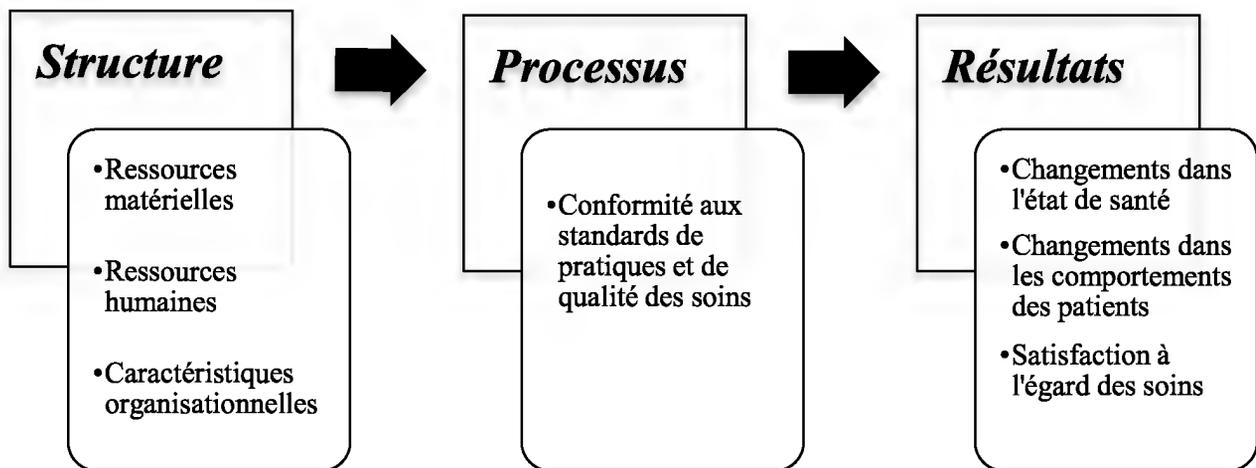


Figure 3.1 Le modèle de Donabedian

2.3.2 Adaptation du modèle de Donabedian

Pour cette recherche, le modèle de Donabedian sera simplifié afin d'inclure uniquement les dimensions *Structure* et *Résultats*. La dimension *Structure* sera opérationnalisée par ailleurs selon la conception de Lamarche (2007). Le concept d'effacement de Namaste (2000) sera introduit dans le modèle afin de prédire le sens des relations entre les différentes variables.

Lamarche (2007) conceptualise l'organisation de santé comme un système organisé d'action qui résulte d'une configuration particulière d'acteurs, d'une vision, d'une structure organisationnelle, de ressources et de pratiques. Les acteurs, notamment ceux en position de dominance dans l'organisation, déterminent le type d'organisation émergente (Lamarche et al., 2007, p. 13). La vision fait référence aux valeurs et orientations partagées par les acteurs qui fondent et donnent du sens à leurs actions (Lamarche et al., 2007, p. 13). La structure organisationnelle comprend les règles et les procédures qui encadrent les comportements des acteurs (Lamarche et al., 2007, p. 13). Les ressources sont la quantité et la variété de celles mobilisées et utilisées pour produire les biens et services. Ce sont les ressources matérielles et humaines en termes de nombre et de qualification (Lamarche et al., 2007, p. 13). Finalement, les pratiques organisationnelles sont les procédés cliniques et organisationnels qui sous-tendent la production des services (Pineault et al., 2011, p.122). Selon Lamarche (2007), il existe une cohérence entre l'ensemble de ces dimensions qui détermine le type d'organisation qui se dessine. En ce sens, la vision organisationnelle définie par les acteurs détermine à son tour la structure organisationnelle, les ressources et les pratiques.

Le concept d'effacement (*erasure*) introduit par Namaste décrit le processus par lequel les identités trans* sont rendues invisibles, littéralement, par un effacement de l'existence d'identités de genre se situant à l'extérieur du cadre binaire homme/femme (Namaste, 2000, p. 4). Ce concept fait référence à une déficience systématique dans la prise en compte et la validation de l'existence et des réalités des personnes trans* (Snelgrove et al, 2012). Selon Baeur et al. (2009), l'effacement (*erasure*) peut se manifester au niveau des organisations

suivant un effacement institutionnel et un effacement informationnel. L'effacement institutionnel fait référence à la non-inclusion des personnes trans* dans les politiques au sein des institutions ou le fait de supposer que cette inclusion n'est pas nécessaire. Ceci se traduirait par l'utilisation de catégories sexuelles limitatives dans les documents administratifs ou par la ségrégation d'espaces selon le sexe (Bauer *et al.*, 2009, p. 356). L'effacement informationnel fait référence à l'absence de connaissances sur les réalités et les besoins des personnes trans*. Il se traduirait par l'absence des réalités trans* dans les formations et informations à l'intention des professionnels de la santé et des décideurs. Selon Bauer *et al.* (2009), l'effacement peut être actif ou passif :

« Passive erasure included a lack of knowledge of trans* issues and the assumption that this information was neither important nor relevant. Active erasure could involve a range of responses from visible discomfort to refusal of services to violent responses that aimed to intimidate or harm. »

Ces concepts, appliqués au modèle de Donabedian dans le cadre de la présente recherche, nous permettent de postuler que l'accessibilité serait la résultante de l'action combinée de la vision, de la structure organisationnelle, des ressources et des pratiques d'une organisation de santé. Sur la base des relations identifiées dans la littérature présentée dans le chapitre précédent, trois caractéristiques organisationnelles seront retenues comme variables indépendantes et constitutives de la dimension *Structure* : la vision, le niveau de ressources et les pratiques organisationnelles. Toutefois, les règles et procédures encadrant les comportements des acteurs seront prises en compte comme des éléments de la vision organisationnelle. Par ailleurs, l'accessibilité en tant que composante de la dimension *Résultats*, sera mesurée du point de vue de l'utilisation des services de santé. Les indicateurs de mesure de l'utilisation identifiés dans la littérature sont notamment la fréquence et le temps de recours aux services, le type de services, et la satisfaction à l'égard des services reçus (Aday et Andersen, 1974, p. 217).

Il est à noter que la dimension *Processus* du modèle initial se révèle peu adaptée aux objectifs et au contexte de cette recherche. Les conclusions apportées seraient peu pertinentes considérant le contexte québécois dans lequel la conformité aux standards de qualité des soins pour les professionnels de santé relève d'une structure externe, les Ordres

professionnels, et non pas directement des établissements de santé (Office des professions du Québec, page consultée le 2 Août 2015).

Le concept d'effacement (*erasure*) nous permet de prévoir le sens des relations entre les variables en ce qui concerne l'accessibilité aux services de santé pour les personnes trans*. De façon précise, il nous permet d'émettre des hypothèses sur la manière dont la vision, le niveau de ressources et les pratiques organisationnelles influencent l'utilisation des services de santé. Ainsi, l'effacement (*erasure*) à l'œuvre au niveau des différentes caractéristiques de l'organisation de santé est susceptible de produire un effet négatif sur l'utilisation des services de santé. L'absence de ce mécanisme au niveau de la vision organisationnelle se traduirait par une ouverture à l'égard des personnes trans* et un engagement défini à travers des orientations et des politiques inclusives des clientèles trans*. Au niveau des ressources, il se traduirait par la présence de ressources matérielles et humaines mobilisées à l'intention des clientèles trans*. Finalement, il en découlerait des pratiques organisationnelles inclusives à l'égard des personnes trans* et favorables à l'utilisation des services de santé.

La figure suivante présente l'adaptation du modèle de Donabedian :

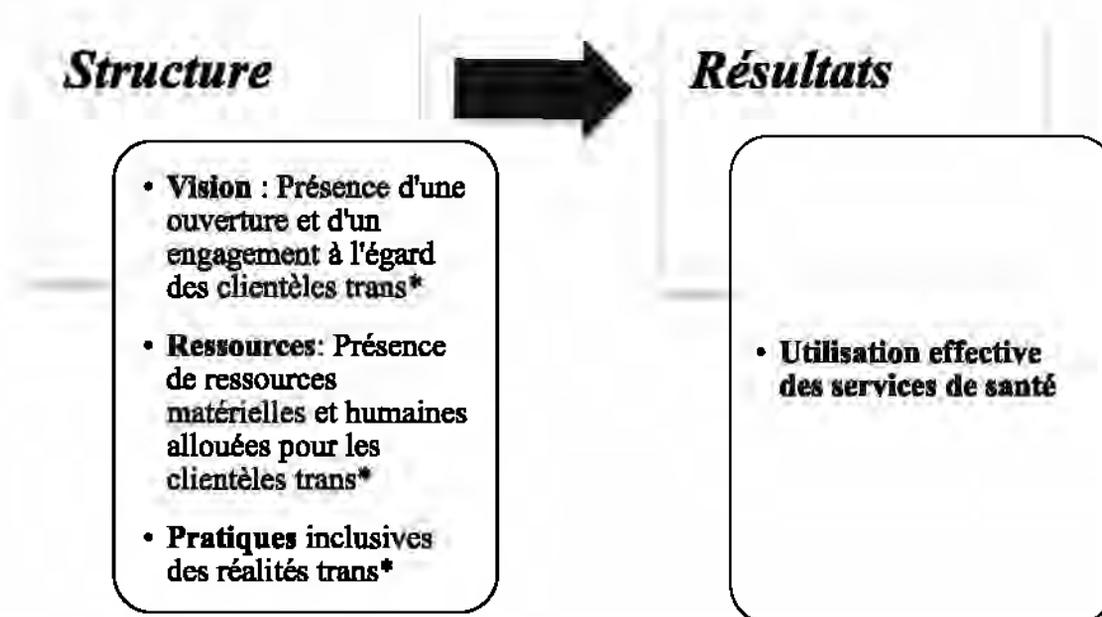


Figure 3.2 Adaptation du modèle de Donabedian

2.4 Hypothèses et questions de recherche

À la lumière des sections précédentes, nous pouvons formuler les questions de recherche suivantes :

De quelle manière les déterminants organisationnels influencent-ils l'accessibilité aux services de santé pour les personnes trans*? Quelles sont les pratiques existantes au sein des établissements de santé qui sont favorables à l'accessibilité des services de santé pour les personnes trans*?

De même, nous pouvons formuler les hypothèses suivantes :

H₁ : Une vision organisationnelle inclusive à l'égard des clientèles trans* a un effet positif sur l'utilisation des services de santé par les personnes trans*

H₂ : La présence de ressources matérielles et humaines à l'intention des clientèles trans* a un effet positif sur l'utilisation des services de santé par les personnes trans*

H₃ : Les pratiques organisationnelles inclusives des réalités trans* ont un effet positif sur l'utilisation des services de santé par les personnes trans*.

CHAPITRE 3 - MÉTHODE DE RECHERCHE

Ce chapitre décrit la méthodologie de recherche utilisée pour répondre à nos questions de recherche. Nous présenterons le terrain d'étude, les méthodes d'échantillonnage, les variables à l'étude et les techniques de collecte et d'analyse des données.

3.1 Devis de l'étude

Pour cette recherche, nous utilisons un devis de recherche qualitative.

3.2 Site de l'étude

La recherche a été réalisée sur le territoire desservi par le Centre de santé et services sociaux (CSSS) de la Vieille-Capitale situé dans la région de la Capitale-Nationale au Québec. Ce territoire a été choisi comme terrain d'étude en raison de l'importance de la population desservie et de l'intérêt démontré par la région pour l'adaptation de l'offre de services de santé aux besoins des personnes trans*.

Le CSSS de la Vieille-Capitale est l'un des plus importants réseaux locaux de services au Québec et dessert une population de plus de 290 000 personnes (CSSSVC, page consultée le 01 novembre 2013). Le CSSS de la Vieille-Capitale comporte environ 4128 employés, dont 262 médecins, 1976 membres du personnel infirmier et 449 membres du personnel administratif. Ce personnel est réparti dans les différents points de services sur le territoire : sept centres locaux de services communautaires (CLSC), quatre unités de médecine familiale et huit centres d'hébergement (CSSSVC, page consultée le 01 novembre 2013).

Il n'y a pas de données disponibles sur la répartition des personnes trans* dans la région. Cependant, le territoire desservi par le CSSS de la Vieille-Capitale englobe le quartier Faubourg Saint-Jean Baptiste où se concentrent plusieurs établissements commerciaux visant les clientèles des minorités sexuelles (Guide gai du Québec, page consultée le 2

septembre 2013). Ceci suggère un contexte similaire au CSSS Jeanne Mance ayant fait l'objet d'une recherche similaire sur les mêmes fondements (Dumas, 2013, p. 68). De plus, le déploiement de l'organisation communautaire, Aide aux trans* du Québec (ATQ), sur le territoire en septembre 2014 suggère une représentation de ce groupe dans la population (ATQ, page consultée le 15 septembre 2014).

En 2004, la *Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux* confère un mandat de responsabilité populationnelle aux Centres de santé et de services sociaux (CSSS) (MSSS, 2004, p. 11). Selon ce principe, chaque CSSS exerce une responsabilité clinique et financière à l'égard de l'ensemble de la population de son territoire (MSSS, 2013, p. 8). Dans le cadre de sa responsabilité populationnelle, chaque CSSS doit rendre accessible une vaste gamme de services de santé et assurer la prise en charge et l'accompagnement des personnes dans le réseau de la santé (MSSS, 2013, p. 8). Ainsi, il doit tenir compte des besoins des sous-groupes spécifiques de clientèles dans son offre de services et développer des actions spécifiques afin de desservir les clientèles vulnérables (MSSS, 2004, p. 11). Depuis l'entrée en vigueur en avril 2015 de la *Loi 10 modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux*, les CSSS sont désormais connus sous l'appellation de Centre intégré universitaire en santé et services sociaux (CIUSS). Les établissements conservent toutefois les mêmes responsabilités (MSSS, page consultée le 2 août 2015).

Finalement, un comité consultatif sur la santé physique, psychologique et sociale des lesbiennes, gais, bisexuel.les et transsexuels a été mis sur pied en 2006 par l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale. Ce comité regroupant divers intervenants du réseau de la santé et des services sociaux avait notamment pour mandat de fournir un avis sur l'adaptation des services socio sanitaires aux réalités de la diversité sexuelle dans la région. Les recommandations de ce comité faisaient par ailleurs état de la nécessité de développer des ressources adaptées aux besoins des clientèles transgenres sur le territoire de la Capitale-Nationale (ASSS, 2009, p. 97).

3.3 Échantillon

Les données de cette recherche proviennent de trois sources.

Un premier échantillon ($n_1=7$) est composé de personnes s'identifiant comme trans* et ayant fait ou faisant une transition de genre/sexe avec ou sans recours aux hormones ou à des interventions chirurgicales de réassignation de sexe. Les autres critères d'inclusion de cet échantillon sont de résider ou d'avoir résidé dans la région de Québec et d'avoir eu recours ou tenté d'avoir recours à l'un des points de services du CSSS de la Vieille-Capitale au cours des cinq dernières années². Une méthode d'échantillonnage par réseau a été utilisée pour constituer cet échantillon. Un appel à participation a été diffusé dans le réseau des organisations communautaires de la région susceptibles de desservir cette clientèle (ex. : ATQ Québec, GRIS QUÉBEC, LGBT Québec, GGUL, MIELS Québec). L'appel à participation a également été diffusé sur les réseaux sociaux (ex. : Facebook). Les participants recrutés ont été invités à recommander d'autres participants pour la recherche. La taille de l'échantillon a été déterminée par la difficulté de recruter de nouveaux participants.

Un second échantillon ($n_2=9$) est composé du personnel à l'emploi du CSSS de la Vieille-Capitale. Les critères d'inclusion pour cet échantillon étaient les suivants : être à l'emploi du CSSS de la Vieille-Capitale, avoir eu une expérience d'intervention auprès des personnes trans* ou avoir une responsabilité en matière d'organisation et de provision des soins auprès de cette clientèle. La méthode d'échantillonnage par choix raisonné a été choisie pour constituer cet échantillon afin d'assurer la présence d'intervenants de différents niveaux de l'organisation. Des quotas n'ont toutefois pas été établis. Un appel à participation a été relayé au sein des différentes directions du CSSS de la Vieille-Capitale. Les participants recrutés ont été invités à encourager la participation des pairs. L'ensemble de l'échantillon est donc constitué de 5 intervenants de première ligne et de 4 gestionnaires de différents niveaux hiérarchiques à titre d'informateurs clés sur les caractéristiques du

² Ceci inclut la période allant de 2009 à 2014 étant donné que le recrutement a débuté à l'automne 2014. La période de 5 ans a été définie pour des raisons pratiques et afin d'assurer la fiabilité des informations.

CSSS de la Vieille-Capitale. La taille de l'échantillon a été déterminée par la saturation des données.

En complément, nous avons également eu recours à des données documentaires. Il s'agit des documents rendus publics par le CSSS de la Vieille-Capitale sur son site Web soit les plans d'action, les rapports annuels et les politiques liées à l'offre et la dispensation de services provenant de niveaux de gouvernance provinciale, régionale et locale. Les documents considérés sont ceux couvrant la période entre 2009 et 2014 et susceptibles de nous renseigner sur les valeurs, les orientations, et les ressources de l'établissement ainsi que sur les normes encadrant les pratiques du personnel. La liste des documents sélectionnés est présentée ci-dessous :

- Plan d'action local en santé publique 2011-2015 du Centre de santé et services sociaux de la Vieille-Capitale
- Plans stratégiques 2005-2010 et 2011-2015 du Ministère de la Santé et des Services sociaux
- Rapports annuels de gestion du Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale pour les années suivantes : 2009-2010, 2010-2011, 2011-2012, 2012-2013, 2013-2014, 2014-2015.
- Orientations relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience : Offre de service – services sociaux généraux
- Ententes de gestion et d'imputabilité 2014-2015 : Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale et le CSSS de la Vieille-Capitale

3.4 Variables et instruments

Cette recherche met en relation une variable dépendante et trois variables indépendantes.

La variable dépendante est l'utilisation des services de santé par les personnes trans* sur le territoire du CSSS de la Vieille-Capitale. Elle est mesurée à partir de données narratives portant sur l'utilisation des services de santé, sur l'adéquation des ressources et sur les

barrières et les éléments facilitant l'utilisation des services de santé. Ces données ont été collectées à partir d'entrevues semi-dirigées réalisées auprès de personnes trans* résidant dans la région de Québec. Le guide d'entrevue utilisé (voir Annexe 1) a été développé en s'inspirant du questionnaire de l'*Enquête populationnelle sur les expériences de soins* réalisée à Montréal et en Montérégie en 2010 (Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2011, p.35). Nous nous sommes également inspirés des questionnaires de recherches antérieures sur les expériences de soins des clientèles transgenres menées dans des villes américaines (Kenagy et Bostwick, 2005; Kenagy, 2005; Logie et al., 2012; Sperber et al., 2005; Sanchez et al., 2009; Xavier et al., 2013).

Les variables indépendantes sont celles portant sur les caractéristiques du CSSS de la Vieille-Capitale. Ce sont la vision organisationnelle, le niveau des ressources matérielles et humaines et les pratiques susceptibles d'influencer l'utilisation des services de santé. Ces variables ont été mesurées à partir des données narratives collectées à l'aide d'un guide d'entretien semi-dirigé (voir Annexe 1) auprès du personnel à l'emploi du CSSS de la Vieille-Capitale. L'analyse de données documentaires a également permis de mesurer ces variables. Ainsi, la vision organisationnelle a été mesurée du point de vue de l'ouverture et du niveau de responsabilité énoncé vis-à-vis des clientèles trans*. Le niveau de ressources a été mesuré du point de vue de la disponibilité et de l'adéquation des ressources matérielles (offre de services de santé) et humaines à l'intention des clientèles trans*. Finalement, les pratiques réfèrent aux procédés organisationnels et cliniques entrant en compte dans la dispensation des soins aux clientèles trans* de l'établissement.

3.5 Collecte et analyse des données

Les données ont été collectées à partir d'entrevues semi-structurées réalisées entre février 2015 et avril 2015. Les données narratives ont été enregistrées sur bande audio et entièrement transcrites. Elles ont par la suite été codifiées à l'aide du logiciel de traitement de données NVIVO. Les codes ont été établis suivant les thèmes définis dans les guides

d'entrevue et les tendances se dégagant des entretiens (Fortin, 2010, p. 458). L'analyse de contenu consistait à traiter les données narratives afin de dégager ces tendances. Il s'agissait par la suite de donner un sens aux unités d'analyse et d'identifier les associations existantes à la lumière du modèle conceptuel (Fortin, 2010, p. 467). Les sources documentaires ont été utilisées pour valider les données fournies par les répondants.

3.6 Cadre éthique

Le protocole de recherche a été approuvé par le Comité d'Éthique de l'École nationale d'administration publique (ENAP) ainsi que par le comité d'éthique du CSSS de la Vieille-Capitale. Ainsi, les normes d'éthique ont été observées dans le respect des directives de ces deux instances. Les participants ont été informés des avantages et des inconvénients liés à leur participation et des informations sur les objectifs de la recherche leur ont été présentées avant les entretiens. Un consentement écrit des participants a également été obtenu au préalable. Les données recueillies ont été traitées dans l'anonymat et en toute confidentialité. Les fichiers d'identification ont été conservés dans un casier verrouillé. Par ailleurs, les enregistrements et les transcriptions codées ont été maintenus confidentiels. Les enregistrements seront conservés pendant une durée d'une année à partir de la date de diffusion des résultats et détruits par la suite.

CHAPITRE 4 – RÉSULTATS DE LA RECHERCHE

Ce chapitre se divise en quatre sections. Dans la première section, nous présenterons un portrait de l'utilisation des services de santé par les personnes trans*. Dans la deuxième section, nous mettrons en lien la vision organisationnelle vis-à-vis des personnes trans* avec l'utilisation des services de santé. Dans la troisième section, nous mettrons en lien le niveau de ressources matérielles et humaines à l'intention des personnes trans* avec l'utilisation des services de santé. Finalement, dans la quatrième section, nous identifierons des pratiques influençant l'utilisation des services de santé du point de vue du personnel de santé et des personnes trans*.

4.1 Utilisation des services de santé

Les entretiens semi-dirigés réalisés auprès des répondants trans* ($n_1=7$) nous permettent de dresser un portrait de l'utilisation des services. Nous allons présenter les types de services utilisés, la fréquence d'utilisation des services de santé ainsi que les besoins non comblés en matière de soins de santé.

4.1.1 Type de services de santé utilisés

Les services utilisés par les répondants au cours de la période allant de 2008 à 2014 relèvent autant des services généraux de santé que des services spécialisés.

Les répondants indiquent avoir eu recours à des services de santé généraux pour des bilans de santé et du dépistage, pour des consultations en médecine familiale et des services sociaux auprès de travailleurs sociaux. Les services ont été utilisés au sein des Centres locaux de services communautaires (CLSC), dans les urgences et dans les cliniques médicales sans rendez-vous du territoire.

Les répondants utilisent également des services de santé spécialisés, notamment ceux relatifs à la transition de genre/sexe. Les types de professionnels rencontrés par les répondants sont majoritairement des psychologues et des endocrinologues, mais également des sexologues, ainsi que des professionnels en psychothérapie et en orthophonie. Les sources de soins indiquées sont les CLSC, les hôpitaux et les cliniques privées. Les deux extraits suivants illustrent l'utilisation des différents types de services :

« J'ai rencontré des sexologues [...]. Mais à part ça, j'ai rencontré plusieurs psychologues aussi là ici à Québec au CLSC [un des CLSC du territoire] » P01

« Moi, j'ai déjà utilisé le CLSC [un des CLSC du territoire]. C'était pour une évaluation en psychiatrie... en psychologie... psychiatrie première ligne. Ce n'était pas spécifiquement pour la question trans*. »P04

Deux répondantes indiquent également s'être dirigées vers des ressources communautaires à l'intention des clientèles LGBT du territoire.

4.1.2 Fréquence d'utilisation

Trois profils se dessinent concernant la fréquence d'utilisation des services de santé.

La majorité des répondants utilisent de manière régulière les services de santé. Les services de santé généraux sont utilisés au besoin et de façon ponctuelle, tandis que les services spécialisés sont utilisés à une fréquence régulière, notamment du fait des besoins liés à la transition de genre/sexe. Les deux extraits suivants illustrent la différence dans la fréquence d'utilisation selon le type de services :

« [...] C'est très rare... très rare que je... faut vraiment que je... souvent, j'y vais juste pour un bilan de santé là... j'y vais peut-être une fois par année là... je fais un petit bilan de santé comme je t'ai parlé là... » P01

« Donc ici à Québec, tous les services que je reçois sont au [Centre hospitalier du territoire]. Et puis, normalement, c'est pour l'endocrinologie et je fais ça à chaque trois mois environ, je rencontre avec mon endocrinologue. Donc voilà, c'est plus ou moins ça. » P05

Deux répondants indiquent une sous-utilisation des services de santé dans la région de Québec. Le répondant P04, par exemple, indique avoir utilisé les services de santé généraux à une seule occasion au cours de la période cible de l'étude, et ce, pour une situation d'urgence. La répondante P07 choisit de se rendre à l'extérieur de Québec pour obtenir des services de santé. Ces deux répondants ont par ailleurs eu recours à des services spécialisés relativement à la transition de genre/sexe à l'extérieur de la région de Québec.

Une répondante indique cependant un évitement des services de santé, autant les services généraux que spécialisés, dans les termes suivants :

« Je n'ai pas de médecin de famille. Je n'ai jamais consulté ces centres de services concernant ma condition trans* et puis à vrai dire, je ne vais jamais chez le médecin. » P03a

« Non, je suis en santé. J'ai pas eu vraiment de problèmes qui m'ont contrainte à devoir absolument trouver une solution. » P03b

4.1.3 Besoins non comblés en matière de services de santé

L'ensemble des répondants ($n_1=7$) expriment des besoins non comblés en matière de soins de santé. La notion de besoins non comblés décrit une situation pour laquelle une personne perçoit ou ressent le besoin d'obtenir des services de santé sans les obtenir (Québec, 2008, p. 45). Cette dimension nous permet de mieux saisir l'utilisation des services de santé.

D'une manière générale, les besoins exprimés sont d'obtenir des services de santé généraux qui soient également inclusifs des besoins particuliers reliés à la transition de genre/sexe :

« [...] C'est le petit bout que je trouve qui *bug* un peu avec le CLSC, c'est quand je demande des ressources en lien directement avec ça, ça prend dans le manche un peu [en lien avec mon identité de genre]. Mettons que c'est plus facile de voir un ergothérapeute pour arranger des trucs dans mon appartement que de réussir à voir un psychologue qui pourrait m'aider dans mon cheminement. » P06

« Moi, je voulais une travailleuse sociale, une travailleuse sociale pour discuter, continuer à élaborer sur ma transition, sur les aspects que je vivais, qu'est-ce que je vivais, qu'est-ce que je sentais, etc. [...] C'est une travailleuse sociale dont j'avais besoin et j'aurais encore besoin d'ailleurs. » P07

Par ailleurs, il s'agirait d'avoir accès à des spécialistes qui ont une attitude d'ouverture au sujet de la diversité des identités de genre et des soins entrants en compte dans la transition de genre/sexe, que ce soit en endocrinologie, en psychothérapie, en dermatologie pour des problèmes de peau en lien avec la pilosité faciale ou en médecine familiale :

« [...] Au niveau des gars qui deviennent des filles, il y a certains examens médicaux. Par exemple, les gars qui deviennent des filles, ils n'enlèvent pas la prostate, donc à 40-50 ans, il faut avoir des examens de la prostate parce que tu as encore une prostate. Puis là, des médecins qui font ça... Puis les filles qui deviennent des gars tant que l'utérus n'est pas enlevé, il faut faire des PAP tests. Donc, il faut vraiment un médecin de famille qui *bug* pas avec ça, qui connaît ça, qui *catch* que moi, quand j'arrive, j'ai besoin d'un PAP test. » P04

De façon spécifique, les répondants souhaitent avoir accès à des professionnels qui possèdent des connaissances médicales sur les besoins de santé reliés à la transsexualité :

« [...] parce qu'il y a beaucoup de questions qu'on se pose évidemment quand on entreprend ce processus-là. Puis moi, ce que j'ai remarqué, c'est qu'une assez grande proportion d'entre nous, on entre dans le processus avec beaucoup d'illusions comme quoi disons qu'il y a des finalités absolument essentielles à atteindre, comme par exemple qu'on doit avoir une opération, qu'on doit se faire faire les seins [...]. Alors que quand on y va avec patience dans ce processus-là, on se rend compte qu'en fin de compte, ce qui est important, c'est toute la durée du processus qu'on vit. Alors, que c'est pas un objectif en soi! *Faque*, c'est pour ça que, quant à moi, les services d'orientation psychologique doivent être très nécessaires pour nous informer à ce niveau-là... à vrai dire pour nous désillusionner sur certaines choses. » P03

« Ce qu'il manque vraiment ici dans la ville de Québec, c'est un bon accès avec des psychologues au public spécialisés en identité de genre et au besoin, des psychiatres spécialisés pour ce genre de situation. Que ce soit dans un CLSC ou un centre hospitalier [...]. » P01

Deux répondantes expriment également des besoins non comblés pour des services sociaux spécifiques et des soins de santé surspécialisés relatifs à la transition de genre/sexe :

« [...] des types de services disons pour nous qui n'avons pas eu d'expériences ou d'éducation, que ça soit savoir vivre entre parenthèses "féminin" ou comment se maquiller. Au départ, il y a souvent le problème de... c'est très gênant les premières fois d'aller magasiner... alors j'imagine qu'il y a un service ou les associations des trans* où qu'effectivement ils offrent une facilité d'acquérir des vêtements... » P03

« C'est sûr qu'au plan chirurgical ici à Québec, ça, y en a pas. C'est sûr que y a pas personne qui fait des chirurgies, des vaginoplasties ou phalloplasties pour les trans* ici à Québec là. [...] Mais c'est sûr que ce serait une bonne chose d'avoir des chirurgies ici à Québec là. » P01

Finalement, les répondants mentionnent les délais d'attente pour obtenir des services de santé comme un déterminant de la fréquence d'utilisation. Les extraits suivants traduisent les besoins non comblés en ce sens pour des services d'urgence en cas de détresse psychologique et pour des soins spécialisés relatifs à la transition de genre/sexe :

« [...] Si on avait vraiment besoin d'aide, qu'on est en détresse psychologique, s'il y aurait eu une place 24 h sur 24, 7 jours sur 7 qu'on puisse se rendre immédiatement ou quelque chose [...] Je dis 24 h/24 peut-être pas autant que ça là, ça, c'est peut-être à l'extrême là. Mais au moins qu'on puisse avoir un rendez-vous dans la semaine suivante ou... un rendez-vous dans le mois au moins... au moins un rendez-vous assez rapidement là au lieu d'attendre un an, d'attendre avant de rencontrer un psychologue là... Dans un CLSC, je pense que c'est ça un an que ça prend, puis c'est quand même assez long là... » P01

« Peut-être pour le *voice training*, ils l'offrent au CHUL. Cependant, ça prend une éternité pour y entrer. » P05

Conclusion

Dans cette section, nous avons présenté le portrait de l'utilisation des services de santé se dégageant des entrevues semi-dirigées réalisées auprès des répondants. Il ressort que la majorité des répondants utilisent les services de santé généraux et spécialisés disponibles sur le territoire du CSSS de la Vieille-Capitale à une fréquence régulière. Cependant, deux répondants sous-utilisent les services de santé dans la région et une répondante évite complètement les services de santé. Les besoins non comblés exprimés par l'ensemble des répondants nous permettent de mieux saisir ce portrait de l'utilisation des services. Il apparaît que la fréquence d'utilisation des services de santé pourrait être plus ou moins importante selon la disponibilité de ressources adéquates et l'absence de certaines barrières.

4.2 La vision organisationnelle et l'utilisation des services de santé

Dans cette section, nous présenterons les résultats montrant l'influence de la vision organisationnelle sur l'utilisation des services de santé par les personnes trans*. Sur la base des données collectées auprès du personnel ainsi que de sources documentaires provenant du CSSS à l'étude, nous allons évaluer la mesure dans laquelle il y a une ouverture vis-à-vis des personnes trans* de la part de l'établissement et le niveau de responsabilité vis-à-vis de cette clientèle. Nous allons tenter par la suite de saisir l'influence des éléments identifiés sur l'utilisation des services de santé par les personnes trans*.

4.2.1 Analyse de la vision organisationnelle

Tout d'abord, il apparaît que les personnes trans* constituent un groupe peu nommé parmi les clientèles cibles du CSSS à l'étude. Selon la majorité des répondants (n₂=9), les personnes trans* ne constituent pas une clientèle nommée de manière explicite dans les discours et les politiques provenant de la haute direction. Ce constat est établi dans les termes suivants par la répondante I03 : « Mais, c'est vrai qu'on n'en parle pas beaucoup. C'est vrai qu'on ne nomme pas beaucoup la clientèle trans* nécessairement ». Ce constat est par ailleurs confirmé par l'analyse du contenu des documents définissant la vision de l'organisation. Dans l'ensemble des documents consultés, il est fait référence à une seule reprise aux « personnes des minorités sexuelles » comme une clientèle cible de l'offre de services (Québec, 2013, p. 7). Cependant, aucune mention n'a été trouvée pour les termes « personne trans », « transgenre » « transsexuel.le » ou pour l'acronyme « LGBT ».

Deux répondantes sont en mesure d'identifier deux documents faisant référence de manière explicite aux personnes trans*. La répondante I07 mentionne un document provenant du niveau de gouvernance régional, dans lequel les personnes trans* sont identifiées comme une clientèle cible. Ses propos sont rapportés dans l'extrait suivant :

« Mais dans les clientèles vulnérables, nous en santé publique, si je me centre sur nous ce qu'on fait, il y a deux ans était lancé un rapport du Directeur de santé publique sur les

inégalités sociales de santé. Puis, les clientèles LGBT dont les trans* étaient... on en tenait compte. C'était vraiment un groupe ciblé comme clientèle vulnérable comme on disait tantôt. Mais je ne sais pas dans les établissements si... je ne suis pas certaine... je ne sais pas, il faudrait vérifier... Ça vaudrait la peine d'aller vérifier. »

De manière spécifique au sein du CSSS à l'étude, une autre répondante souligne que les personnes trans* commencent à apparaître sur papier, dans les documents du secteur d'interventions en lien avec les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS). Bien qu'elles demeurent nommées de façon marginale, ceci traduirait que l'établissement est en train de développer une ouverture vis-à-vis des personnes trans*. Ainsi, la répondante I03 soutient : « Mais, on le voit plus qu'on ne le voyait avant dans les questionnaires. Avant, on ne voyait rien sur trans*. Maintenant, on en voit un peu plus. *Faque* je ne sais pas, je pense qu'il y a une volonté probablement de faire mieux ».

De plus, on dénote une absence d'orientations et de stratégies définies par le CSSS à l'étude à l'égard des personnes trans*. L'analyse documentaire des plans d'action locaux et régionaux montre qu'il n'y a aucune mention d'objectifs spécifiques en matière de santé pour ce groupe de la population. De plus, les personnes trans* ne sont pas identifiées comme un groupe cible des stratégies énoncées par l'établissement en vue de répondre à des problématiques particulières. Dans le même sens, la majorité des répondants estiment que les personnes trans* ne font pas l'objet d'une préoccupation particulière dans la planification stratégique du CSSS à l'étude. La répondante I01 établit ce constat au sein de son secteur : « Mon chef de programme est en train d'en bâtir un plan d'action pour notre équipe de travail... Précisément sur cette clientèle-là, non! Il n'y a pas de points particuliers sur la clientèle transgenre, il me semble que non. » Une autre répondante établit un constat similaire à la dimension plus large de l'établissement :

« Il faudrait que ça soit une priorité d'un point de vue gestion, d'un point de vue planification stratégique. Ce n'est pas nommé, quand je regarde le plan du CSSS, la planification stratégique, nous, on occupe une toute petite case puis il n'y a pas grand-chose déployé là-dessous. Puis, ce qui se fait, c'est parce qu'on le décide, nous, dans notre coin. »
I04

Une répondante mentionne également l'absence de ressources financières allouées de manière spécifique à l'intention des clientèles trans* dans la planification budgétaire :

« Puis dans les activités comme telles, comme nos services en ITSS descendent du Ministère [Ministère de la Santé et des Services sociaux], les enveloppes descendent du Ministère, enveloppes budgétaires qui fait en sorte qu'au niveau de l'enveloppe, les activités sont déjà... les enveloppes se déclinent en activités pour tel tel tel type de clientèles. Donc, on suit assez... ça part d'en haut puis ça se décline. Puis rendu ici, les enveloppes dans les agences sont distribuées en fonction des clientèles. On n'a pas rien qui descend, de mémoire on n'a rien qui descend pour trans* spécifiquement. » I03

Ainsi, l'absence de référence spécifique aux personnes trans* dans les orientations du CSSS à l'étude ne démontre pas une ouverture et un engagement à l'égard des personnes trans* au niveau de la vision de l'établissement. Selon les propos des répondants cités dans les extraits suivants, ceci transmet la perception que les personnes trans* constituent une clientèle inexistante ou qui ne présente pas de problématiques particulières :

« À mon sens, si ça avait été une problématique quelconque, soit les partenaires, soit le Ministère [Ministère de la Santé et des Services sociaux], soit les directeurs, on aurait peut-être parlé. On aurait créé une trajectoire spécifique. Mais étant donné que je n'en ai pas entendu parler, j'imagine que ce n'est pas nécessairement une problématique. » I06

« [...] Mais s'il y avait quelque chose en tout cas, ne serait-ce que si on avait un message du réseau de la santé, je ne sais pas à quel niveau, mais à un niveau plus haut qui envoie le message que les réalités trans* sont une réalité importante puis qu'ils existent... » I07

En effet, l'ensemble des répondants ($n_2=9$) partagent la perception que les personnes trans* constituent une proportion minime, voire une exception au sein de la population du territoire du CSSS à l'étude. Selon ces derniers, ce serait l'une des raisons principales justifiant l'absence d'orientations spécifiques vis-à-vis de cette clientèle à l'échelle de l'organisation. Les extraits suivants illustrent cette perception dans les termes des répondants :

« À Québec, j'ai l'impression que le sous-groupe n'est pas assez important pour dire "On va travailler sur ce sous-groupe-là", pour dire "on va donner les services spécifiques". Ils se font un petit peu mettre dans le même paquet que toute la clientèle que je vois. » I02

« Mais, il n'y a jamais de projet plus spécifique qui a été fait. Si jamais ça se faisait, c'est parce qu'il y aurait un besoin, parce qu'on voyait qu'on avait un bon nombre de clients, je pense que ça serait bien reçu. » I09

La deuxième raison justifiant cette situation serait le fait que l'établissement ne perçoit pas les personnes trans* comme une clientèle ayant des besoins spécifiques ou présentant des facteurs particuliers de vulnérabilité. Un répondant soutient donc les propos suivants :

« Mais c'est sûr que si on y va épidémiologiquement, ils n'apparaissent pas ce monde-là. Ce n'est pas une maladie. Ils ne nous diront pas : "il y a tant de pourcentage de gens qui boivent plus que tant de pourcentage d'alcool par jour dans tel secteur". On pourrait faire une activité, si on a une clientèle particulière qui a des besoins, on peut développer quelque chose. Mais là, ils sont éparpillés à travers... c'est exceptionnel si on les rencontre, on ne prépare pas. »I08

En ce sens, une répondante cite en comparaison deux clientèles pour lesquelles l'établissement démontrerait un engagement particulier. Ce sont les usagers de drogues par injection (UDI) et les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH). Selon cette répondante, des actions spécifiques sont prévues à l'égard de ces clientèles du fait qu'elles ont été identifiées comme vulnérables du point de vue de la santé :

« Est-ce que les clientèles trans* ont des problématiques de santé différentes des clientèles Monsieur/Madame tout le monde? Je ne crois pas. Ce sont les mêmes problématiques de santé à ce que je sache. Tandis que, si on regarde les HARSAH, on sait qu'ils sont vulnérables aux ITSS. Nos cas d'ITSS qui sortent beaucoup beaucoup, c'est chez cette clientèle-là que ce soit le VIH, que ce soit toutes les autres ITSS finalement. On sait que chez les UDI, c'est l'hépatite C. Fais qu'il y a une enveloppe qui descend avec "hépatite C" puis on travaille chez les usagers de drogues par injection ou inhalation. On va vraiment avoir des sous spécifiques pour cette clientèle. [...] Mais trans*, je pense que ce n'est pas mal... ça ressemble à la clientèle Monsieur/Madame tout le monde dans le fond. » I03

Toutefois, selon les répondants, le CSSS à l'étude porterait un intérêt et un engagement à l'égard des personnes trans* au nom du principe de *responsabilité populationnelle*. Ce principe est présenté comme une valeur qui encadre les actions de l'établissement en ces termes par la répondante I03 : « Maintenant je pense que oui, c'est une responsabilité quand même! Si on regarde au niveau du CSSS, si tu as une responsabilité populationnelle, donc tu as la responsabilité de t'assurer que les gens qui travaillent pour toi ont tout ce qu'il faut pour rejoindre tous les types de clientèles ». En ce sens, l'absence d'un intérêt démontré de façon explicite à l'égard de personnes trans* signifierait simplement que ce groupe ne constitue pas une clientèle prioritaire du point de vue du CSSS à l'étude. Ainsi, le

répondant I08 traduit la vision de l'établissement vis-à-vis des personnes trans* de la manière suivante : « Présentement, on ne fait rien. Ils sont traités sur le même pied que les autres ». Par ailleurs, même si les personnes trans* ne sont pas nommées explicitement, elles feraient partie en théorie des clientèles ciblées et l'objet d'une préoccupation de la part de l'établissement. Selon l'intervenant I06, l'articulation de la responsabilité populationnelle dans le mandat des services de santé illustre la manière dont se traduit le niveau d'engagement vis-à-vis des personnes trans* :

« Maintenant c'est sûr que, moi, ce qui m'apparaît important, c'est de 1, c'est sûr qu'on est un établissement de première ligne. Donc, c'est sûr qu'on offre des services à la population. C'est d'ailleurs Monsieur et Madame tout le monde avec leurs taxes qui *puissent* payer les services qu'on offre ici dans les services parapublics. Donc, c'est certain qu'on est là pour la clientèle. Donc c'est sûr que je vois mal comment on pourrait intervenir avec une clientèle spécifique sans considérer les autres clientèles même *s'ils* sont en minorité. » I06

De plus, il ressort que l'ouverture vis-à-vis des personnes trans* serait présente à d'autres niveaux de l'établissement même si elle ne se manifeste pas de manière explicite au niveau de la haute direction. L'ensemble des répondants identifient le secteur d'interventions en lien avec les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) comme étant susceptible de présenter une préoccupation spécifique vis-à-vis des clientèles trans*. En ce sens, la répondante I07 cite en exemple les Cliniques-jeunesse par le biais desquelles le CSSS à l'étude offre des services de dépistage des ITSS et des soins en matière de santé sexuelle auprès des jeunes de moins de 25 ans :

« [...] Je ne sais pas, mais ça dépend peut-être des secteurs. Mais ça serait intéressant d'aller voir dans les Cliniques-jeunesses... dans la clientèle... Je pense que s'il y a un endroit où ça doit être plus présent comme préoccupation, ou comme ouverture ou comme... Ça serait dans les services à la jeunesse. [...] Je ne serais pas étonnée que les Cliniques-jeunesse soient plus ouvertes qu'on pense là-dessus. » I07

Il en serait de même pour les intervenants de première ligne selon l'ensemble des répondants. Comme le suggère la répondante I01, les intervenants de première ligne seraient plus susceptibles d'avoir une ouverture vis-à-vis des personnes trans* du fait de leurs expériences d'intervention auprès de cette clientèle : « [...] Ça vient plus de nous, parce qu'on côtoie des gens comme ça, qu'on a de l'intérêt que l'inverse. Ça ne vient pas

de l'établissement là ». De même, ces derniers seraient également plus susceptibles de développer des actions spécifiques à l'intention des clientèles trans* même en l'absence d'une planification stratégique en ce sens. Ainsi, un répondant affirme :

« Je ne pense pas que ça vienne de l'établissement la motivation à vouloir faire avancer les choses, honnêtement, par rapport à cette clientèle-là et bien d'autres là. C'est vraiment en termes de l'individu qui est en arrière de la chaise, qui va définir "pour lui c'est important" et c'est lui qui va défendre le point de vue qu'il a, pour amener les gens à s'éduquer [...] »
I02

Conclusion

Il ressort que la vision du CSSS à l'étude ne démontre pas de manière explicite une ouverture et un engagement vis-à-vis des clientèles trans*. Les personnes trans* sont identifiées de façon marginale au titre de clientèle cible et il n'y a pas d'orientations stratégiques spécifiques à l'égard de cette clientèle. Ceci serait lié à la faible proportion perçue de personnes trans* sur le territoire et au fait que ce n'est pas un groupe perçu comme particulièrement vulnérable ou ayant des besoins spécifiques par l'établissement. Cependant, une ouverture et un engagement seraient manifestes de la part du CSSS à l'étude selon la valeur partagée de *responsabilité populationnelle*, au sein de certains secteurs d'activités, précisément le secteur d'interventions en lien avec les ITSS et au niveau des intervenants de première ligne.

4.2.2 Influence de la vision organisationnelle sur l'utilisation des services

Les entrevues semi-dirigées réalisées auprès des répondants trans* (n₁=7) visaient notamment à saisir leurs perceptions générales au sujet d'une ouverture et d'un engagement vis-à-vis des personnes trans* de la part du CSSS à l'étude. Les données narratives collectées montrent par ailleurs que la vision organisationnelle peut influencer dans une certaine mesure l'utilisation des services de santé.

L'ensemble des répondants (n₁=7) ne perçoivent pas le CSSS à l'étude comme une organisation faisant preuve d'une ouverture à l'égard des personnes trans* (*trans friendly*). Selon les répondants, l'ouverture présente ne serait pas manifeste à l'échelle de l'organisation, mais de façon marginale au niveau du personnel. La répondante P06 l'exprime dans ces termes : « Il y a des personnes qui savent que ça existe. Mais au niveau organisationnel, de l'organisation du CLSC, de former leur personnel au fait que justement il y a des personnes trans* qui peuvent arriver, je ne crois pas que ça soit fait ». De plus, pour une autre répondante, l'absence de messages spécifiquement à l'intention des personnes trans* au sein des points de services du CSSS à l'étude indiquerait une absence d'ouverture en ce sens. Les propos de cette répondante sont rapportés ici :

« Peut-être que je me trompe, mais de l'observation que j'ai pu en faire quand moi, je me déplaçais pour aller au CLSC, je regardais les pamphlets, tous les trucs, les services offerts. Puis, non! il y avait beaucoup de trucs pour les familles, des trucs pour les homosexuels, des trucs pour plein d'autres réalités, mais les personnes trans*, non! » P06

De plus, une autre répondante, P01, indique ne pas percevoir un engagement de l'établissement vis-à-vis des personnes trans* au vu du fait que la planification stratégique des ressources ne prend pas en compte les besoins potentiels spécifiques des clientèles trans*. Pour cette répondante, il apparaît que les services sont définis strictement selon les clientèles hommes ou femmes, sans référence aux clientèles trans*. Elle l'exprime dans les termes suivants : « Pour les personnes trans*, il n'y avait aucune ressource, aucune! Aucune! C'est comme si on embarquait dans la population en général, l'homme/femme en général, on embarquait là-dedans ».

La littérature suggère qu'une ouverture vis-à-vis des personnes trans* au niveau de la vision organisationnelle peut avoir une influence sur l'utilisation des ressources par celles-ci (Snelgrove et *al.*, 2012). Les résultats de la présente recherche indiquent que l'influence de la vision organisationnelle se traduit principalement au niveau des intentions d'utilisation des services de santé.

Pour la répondante P06, l'absence d'une démonstration explicite d'un engagement vis-à-vis des personnes trans* dans la planification des ressources du CSSS à l'étude suscite la croyance que la possibilité de trouver des ressources adaptées au sein de l'établissement est peu probable. En ce sens, la vision communiquée pourrait influencer les intentions d'utilisation des services de santé selon les termes suivants de la répondante :

« Il ne semble pas avoir un plan en tant que tel, quand les ressources sont là, c'est par accident, c'est parce que mettons le psychologue qui s'est retrouvé à travailler dans le CLSC a déjà eu des personnes trans* dans sa clientèle, donc il sait quoi faire, mais ce n'est pas structuré. Autrement dit, c'est quasiment la loterie : “est-ce qu'on va trouver la bonne personne?” » P06

Il apparaît par ailleurs que la non-prise en compte des personnes trans* dans la planification stratégique des ressources de l'établissement se traduit de manière concrète par une inadéquation des services de santé, influençant ainsi l'utilisation. Comme traduit l'extrait suivant de l'expérience d'une répondante, les personnes trans* seront susceptibles d'être associées à des catégories de services qui ne représentent pas leurs besoins et leurs réalités :

« J'avais déjà été... c'était pour un groupe, un groupe de soutien pour les hommes. Et moi, je suis allée là parce que vu que j'étais un garçon [identité assignée à la naissance], puis je leur ai dit que j'étais trans*, tout ça. Puis il y avait un sexologue, mais il n'a pas pu m'aider parce qu'il n'était pas formé là-dedans. *Faque* j'avais consulté pour ça, mais finalement je m'étais bloquée à un mur. Puis j'avais payé, je pense, 3 sessions, 3 sessions de... je pense 80 dollars pour me faire dire que finalement, ce n'était pas à la bonne place que j'étais. » P02

D'un constat général, la répondante P02 interprète la présence au sein d'une source de soins, de ressources informationnelles telles que des documents d'information (ex. : brochures, *pamphlets*, etc.) à l'intention des personnes trans* comme la démonstration d'une ouverture à l'égard des personnes trans*. Elle suggère ainsi que ceci déterminerait sa

propension à utiliser les ressources de la source de soins en question. Ses propos cités ci-dessous permettent d'établir dans quelle mesure la vision organisationnelle pourrait influencer l'utilisation des services de santé :

« Puis, comme je disais tantôt, je voulais juste être claire dans le fait qu'il faut qu'on soit au courant que les gens sont au courant. Parce que moi, je ne sais pas, mettons que cet hôpital-là a eu la documentation pour les trans*. Parce que de le savoir, de les localiser ces endroits-là, les trans*, c'est sûr qu'on va se diriger vers ces endroits-là. » P02

Finalement, il ressort que l'environnement externe peut influencer la perception d'une organisation de santé comme ouverte à l'égard des personnes trans*. En effet, les récentes avancées juridiques et sociales pour les personnes trans* au Québec semblent communiquer à l'ensemble des répondants, même ceux qui évitent ou sous-utilisent les services de santé, qu'il y aurait une meilleure ouverture à l'égard des personnes trans* au sein des établissements de santé. Pour cette raison, la répondante P01 suggère dans ses propos qu'elle serait plus portée à envisager le recours à certains points services : « Mais pour l'instant, on voit qu'il y a vraiment une grande amélioration pour les soins de santé là. Fais que là je... en tout cas, on va voir la possibilité... plus tard peut-être là... ». De plus, il apparaît que l'opinion au sujet de l'ouverture d'une organisation donnée à l'égard des personnes trans* (*trans friendly*) est souvent fondée sur celle des membres de la communauté d'appartenance. Les propos de la répondante P06 traduisent la manière dont ce facteur pourrait influencer l'utilisation des ressources :

« Je dirais qu'il y a eu une amélioration, mais ce n'est pas encore parfait. Il y a quand même une plus grande acceptation, mais il y a encore beaucoup de places où les personnes trans* ne sont carrément pas acceptées. Il y a même un Google Maps exprès qui a été fait par des associations trans* qui montre justement les places "n'allez pas là, la personne s'est fait revirer comme une malpropre parce qu'elle était trans*". » P06

Conclusion

Il ressort que la vision organisationnelle vis-à-vis des personnes trans* pourrait influencer dans une certaine mesure l'utilisation des services de santé par les personnes trans*.

Malgré que le CSSS à l'étude ne communique pas de manière explicite une ouverture et un engagement vis-à-vis des personnes trans* dans ses discours et ses orientations stratégiques, les ressources sont tout de même utilisées par la majorité des répondants. On pourrait supposer que l'engagement suggéré par la valeur partagée de responsabilité populationnelle et à d'autres niveaux de l'organisation a un effet adéquat.

Cependant, l'ensemble des répondants ($n_1=7$) ont une perception négative au sujet de l'ouverture et du niveau de responsabilité de l'établissement vis-à-vis des personnes trans*. Cette perception est basée sur l'absence d'une démonstration explicite de cette ouverture à travers les messages et la planification stratégique du CSSS à l'étude. Il ressort que la vision organisationnelle perçue pourrait influencer les intentions d'utilisation au sens où elle permettrait aux utilisateurs potentiels d'évaluer la disponibilité de services de santé adéquats. Par ailleurs, l'absence d'orientations stratégiques inclusives des clientèles trans* se traduit de manière concrète par l'inadéquation des ressources pour les personnes trans*, qui se retrouvent associées à des catégories de services ne représentant pas leurs réalités. Finalement, il apparaît que l'environnement externe peut agir comme un facteur d'influence dans la relation entre la vision organisationnelle et l'utilisation des services de santé. En effet, l'opinion au sujet de l'ouverture vis-à-vis des personnes trans* au sein d'une organisation donnée se fonde souvent sur le discours de la société et sur l'opinion de la communauté d'appartenance à cet effet.

4.3 Le niveau de ressources et l'utilisation des services de santé

Les résultats présentés dans cette section portent sur la manière dont le niveau de ressources influence l'utilisation des services de santé par les personnes trans*. Dans un premier temps, nous présenterons l'offre de services du CSSS à l'étude en faisant la distinction entre les services généraux et les services spécialisés. L'analyse de la disponibilité des ressources humaines sera présentée dans un deuxième temps. Dans un troisième temps, nous présenterons les dynamiques d'utilisation des services de santé qui en découlent.

4.3.1 Analyse de l'offre de services

Les données collectées auprès des répondants du CSSS à l'étude ($n_2=9$) nous ont permis d'évaluer la disponibilité de services généraux et de services spécialisés à l'intention des personnes trans* au sein de l'établissement. Suivant l'organisation du réseau de la santé au Québec, les services généraux de santé et psychosociaux sont ceux répondant à des besoins de santé courants qui nécessitent des compétences professionnelles générales ainsi qu'un équipement médical et des techniques d'interventions non spécialisées (MSSS, 2004, p. 5). Ce sont des services dits de 1^{ière} ligne qui englobent les soins tels que les soins infirmiers courants (promotion, prévention, dépistage), les services de prélèvement et de consultations médicales et les interventions en matière de santé sexuelle ainsi que les services de consultation, d'orientation et d'intervention psychosociale (MSSS, 2004, p. 5). Ces services peuvent être articulés de manière spécifique pour répondre à des problématiques de santé publique et aux besoins de clientèles vulnérables ou présentant des besoins particuliers (MSSS, 2004, p. 5). Par ailleurs, les services spécialisés ou surspécialisés sont ceux répondant à des problèmes de santé d'un degré de complexité élevé qui nécessitent un personnel médical et des équipements spécialisés. Ils relèvent de la 2^{ième} ligne ou de la 3^{ième} ligne d'organisation des services (Québec, page consultée le 30 novembre 2013).

4.3.1.1 Les services généraux

L'ensemble des répondants ($n_2=9$) estiment que des services généraux et psychosociaux spécifiquement dédiés aux personnes trans* ne sont pas existants au sein du CSSS à l'étude. Les répondants ne sont pas en mesure d'identifier une offre de services de première ligne mise en place à l'intention de cette portion de la population. Par ailleurs, il n'y aurait pas eu d'adaptations particulières réalisées au niveau des services existants pour s'adresser aux clientèles trans*. Les propos du répondant I08 illustrent ce constat : « Mais à l'interne comme dans mes services généraux, on n'a pas de services spécifiques [pour les personnes trans*] ».

Les répondants soulignent toutefois que cette situation relève du mandat des services généraux et ne concerne pas exclusivement les personnes trans*. L'offre de services généraux ne serait pas articulée de manière à être adaptée à l'ensemble des particularités au sein de la population du territoire. Ainsi, la répondante I09 cite en exemple les services psychosociaux d'accueil et de référence qui n'auraient fait l'objet d'aucune adaptation aux caractéristiques spécifiques des clientèles : « Au niveau du Guichet d'accès [Guichet d'accès en santé mentale], non! Je ne penserais pas parce qu'on n'a pas de services spécifiques pour personne. »

Cependant, selon l'ensemble des répondants, les ressources existantes en termes de services généraux de santé et psychosociaux prendraient compte par définition des besoins des personnes trans*. Suivant le mandat des services de première ligne, les services généraux seraient destinés à l'ensemble de la population du territoire et articulés de manière à pouvoir répondre à une variété de besoins courants. En ce sens, les répondants estiment que ces services sont également destinés aux personnes trans* même s'ils ne sont pas identifiés de manière explicite comme tels. De même, l'opinion partagée par l'ensemble des répondants est que les personnes trans* ne présentent pas de besoins particuliers en matière de soins de santé de première ligne. Le niveau de ressources pour les services généraux du CSSS à l'étude serait donc adéquat en termes de volume et de capacité. Ainsi, le

répondant I06 affirme : « S'ils se déplacent au CLSC, je n'ai aucun doute qu'on est capable d'offrir des services. Si non, d'aller les chercher dans les services existants sur le territoire dans la Ville de Québec ». La répondante I09 illustre la mesure dans laquelle les ressources disponibles permettraient de répondre aux besoins des personnes trans* :

« Mais une personne transgenre qui se présente chez nous, puis qui n'a pas de demandes en lien avec sa condition, le fait d'être transgenre. Elle dit "Oui bonjour, moi je suis transgenre, mais, mettons je viens de vivre une rupture avec mon conjoint. Puis là, je voudrais du support parce que je ne vais pas bien". On va lui donner des services pareils comme... On ne fait pas la différence... on ne l'enverrait pas dans une équipe spéciale parce qu'elle est transgenre. Pareil comme on fait pour d'autres types de clientèles, elle irait dans les services généraux. » I09

Dans le même sens, la majorité des répondants jugent que les personnes trans* ne rencontrent pas d'obstacles particuliers pour accéder aux soins de santé généraux. Les obstacles existants seraient similaires à ceux rencontrés par le reste de la population. Ainsi, du point de vue des répondants, les personnes trans* constitueraient une clientèle qui utilise de manière effective les services de santé. Certains répondants se basent sur leurs expériences ou sur des expériences rapportées d'intervention auprès de personnes trans* pour affirmer qu'il s'agit d'une clientèle utilisatrice. Deux répondants citent en exemple les cliniques sans rendez-vous afin d'illustrer l'accessibilité des ressources :

« Mais, je regarde le sans rendez-vous, c'est accessible à tous. Est-ce qu'ils l'utilisent? Je ne sais pas, mais normalement ça devrait être un endroit où on pourrait... Pour les soins de santé généraux en tout cas. Parce que l'accès au médecin est problématique de la même façon aussi. Je veux dire qu'ils soient trans* ou non. Je veux dire, si les gens ne vont pas consulter des fois pour différentes raisons, c'est parce que l'accès est difficile. » I03

« Par contre, je n'aurais pas tendance à dire qu'ils viennent consulter moins que les autres parce que notre service est vraiment ouvert à toute la population. On a du sans- rendez-vous, n'importe qui qui veulent des services vont être desservis par notre établissement. » I06

Une répondante identifie toutefois la répartition géographique des points de services comme un obstacle particulier à l'utilisation des services de santé généraux par les personnes trans* :

« Peut-être quelque chose que je peux rajouter aussi, c'est l'emplacement géographique des points de services. La clientèle trans* est plus au niveau centre-ville. Puis au centre-ville pour la densité de population, on n'a pas tant d'offres de points de services et ça, c'est un problème depuis longtemps qu'on essaye d'adresser, mais qui est très complexe. Le GMF

[Groupe de médecine familiale] qu'on avait au centre-ville a fermé l'année dernière [...] Donc pour les clientèles qui sont plus centre-ville qui se déplacent moins... qui pourraient se déplacer, mais qui ne veulent pas, c'est une contrainte à l'accès. » I05

Selon certains répondants, on pourrait établir dans une certaine mesure que des ressources destinées spécifiquement aux personnes trans* sont existantes au niveau des services généraux du CSSS à l'étude. Ces répondants jugent que les personnes trans* sont ciblées de manière indirecte dans l'offre de services disponibles en lien avec la prévention et le dépistage des ITSS. En ce sens, les répondants suggèrent le Service intégré de dépistage et de prévention des ITSS (SIDEP) comme constituant une offre spécifique à l'intention des personnes trans* au sein de l'établissement. Il s'agit d'un service de 1^{ière} ligne, déployé par ailleurs au sein de deux points de services du CSSS à l'étude, qui a pour mandat d'offrir des services de prévention, de dépistage et de traitement des ITSS auprès de clientèles vulnérables (CSSSVC, page consultée le 2 août 2015). Les clientèles visées par cette offre de service sont identifiées de manière spécifique comme étant les travailleurs du sexe, les jeunes de la rue, les utilisateurs ou ex-utilisateurs de drogues intraveineuses (UDI) et les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH) (CSSSVC, page consultée le 2 août 2015). Bien qu'il ne soit pas fait mention des personnes trans* parmi ces clientèles, ces répondants jugent que les actions vis-à-vis de la diversité sexuelle ciblent par ricochet les personnes trans* :

« SIDEP s'adresse à toute clientèle... mais je veux dire trans* pas nécessairement. Ça dépend de l'orientation. Tu peux être trans* avec une orientation sexuelle et ça passe aussi par les comportements. Si tu es trans* avec une orientation sexuelle homme/homme dans le fond, et des comportements sexuels à risque, là tu rentres dans cette clientèle-là. » I03

« C'est mélangé, c'est un amalgame qui est pas très uniforme; on parle d'utilisateurs de drogues par injection, HARSAH, les hommes qui ont des relations avec les hommes, les personnes qui sortent des pénitenciers. Ils se font mettre un peu dans ce sous-groupe-là qui, dans le fond, les représente mal. » I02

Deux répondantes soulignent par ailleurs l'existence de ressources informationnelles à l'intention des personnes trans* au sein de ce secteur. La ressource mentionnée est un document produit par une organisation pancanadienne dont le contenu fournit des

informations en matière de santé sexuelle pour les personnes trans* (CATIE, page consultée le 02 août 2015). L'une des répondantes l'exprime en ces termes :

« On a un document peut-être qui est fait par le CATIE ou le Ministère de la Santé, qui s'appelle le Sexe au féminin [*Le Sexe au féminin : un guide de santé sexuelle pour les femmes queer*] qui est pour les personnes... ça s'adresse... ce sont des conseils pour le sexe sécuritaire pour les personnes soit lesbiennes, transgenres, femmes queer... donc on a juste ça. » I04

De même, les personnes trans* seraient ciblées de manière indirecte par l'offre de services de santé déployée au sein d'organisations communautaires et de lieux de socialisation dans le cadre des mesures proactives (*reaching out*) vis-à-vis des clientèles marginalisées. Selon les répondants, certaines organisations communautaires identifiées par le CSSS à l'étude dans le cadre de ces actions auraient un mandat auprès des minorités sexuelles, dont les personnes trans*. Ainsi, la répondante I05 cite en exemple le partenariat établi avec un organisme communautaire de la région afin d'illustrer la manière dont cette offre de services s'articule pour rejoindre spécifiquement les personnes trans* :

« Le programme SIDEP, ça en est un. On a un partenariat avec l'organisme communautaire MIELS-Québec [Mouvement d'information et d'entraide dans la lutte contre le VIH-SIDA]. MIELS offre des services pour les séropositifs dont les HARSAH et la clientèle trans*. On a une infirmière 5 jours par semaine à MIELS pour pas spécifiquement la clientèle trans*, mais notamment la clientèle trans* parce que ça fait partie de la clientèle de MIELS et avec le programme SIDEP, on a des gens qui vont faire du dépistage et des conseils... Pas de suivis, mais une prise en charge santé dans les lieux fréquentés par la clientèle trans* donc au [Nom d'un bar de la région], dans les saunas. Donc, c'est plus par le biais du programme SIDEP qu'on a développé une offre de services plus pointue pour ces gens-là. » I05

Pour la répondante I05, le partenariat avec ces organisations communautaires peut donc être comptabilisé dans les ressources mobilisées en vue de rejoindre spécifiquement les personnes trans* et serait favorable à l'utilisation des services de santé :

« Mais, on peut dire en contrepartie, les organismes communautaires comme MIELS qui offrent des services à ces gens-là sont quand même financés de manière importante par le public. *Faque* c'est comme si on transférait une partie de la responsabilité du réseau public, au secteur communautaire en les finançant, en leur disant dans le fond : "Vous, vous avez le créneau, vous avez la mission, vous avez les gens pour rejoindre ces gens-là". Fais qu'on les finance pour ça. Donc oui, c'est peu offert par le public, mais c'est comme si on sous-traitait en quelque sorte au communautaire. » I05

Deux répondantes précisent toutefois que l'offre de services au sein des organisations communautaires demeure limitée en termes de volume et de capacité. Ces organisations auraient généralement un mandat auprès des populations sur la base de l'orientation sexuelle comme indique une répondante I09. Une autre répondante s'exprime en ce sens au sujet des limites de l'offre de services de deux organisations communautaires du territoire :

« [...] l'ATQ [Aide aux trans du Québec], qui était seulement à Montréal avant, mais qui maintenant est à Québec. Mais c'est une association, ce n'est pas un service d'aide ou une organisation qui offre des services directement, mais quand même. Non, puis même GRIS Québec [Groupe régional d'intervention sociale de Québec] jusqu'à tout récemment disait "On n'offre pas ce service, on n'est pas qualifié pour faire ça, on n'a pas..." » I07

4.3.1.2 Les services spécialisés

Bien que les répondants du CSSS à l'étude interrogés relèvent des services de 1^{ière} ligne, il demeure pertinent d'évaluer la disponibilité des services spécialisés auprès de ces derniers. En effet, le principe de hiérarchisation des services de santé suppose que les intervenants de la 1^{ière} ligne constituent le premier point de contact avec les utilisateurs des services de santé. Ces derniers sont responsables d'orienter les utilisateurs par la suite vers des niveaux de services plus spécialisés soit de 2^{ième} ou 3^{ième} ligne (MSSS, 2013, p. 9).

La majorité des répondants n'étaient pas en mesure d'évaluer la disponibilité de services spécialisés relatifs à la transsexualité sur le territoire du CSSS à l'étude. Les répondants reconnaissent que des services de 2^{ième} ligne sont disponibles sur le territoire, mais ne sont pas au courant de l'existence de ces types de services pour des besoins relatifs à la transition de genre/sexe. Les propos du répondant I08 illustrent ce constat de la manière suivante : « Je ne sais pas si on a des spécialistes de ça à Québec, au niveau de ces traitements qui peuvent être donnés au niveau hormonal ». Cette méconnaissance des ressources pourrait par ailleurs constituer un enjeu dans la continuité des services et influencer négativement l'utilisation des services spécialisés par les personnes trans*.

Seuls deux répondants sont en mesure de s'exprimer de manière précise sur le niveau de l'offre de services spécialisés relatifs à la transition de genre/sexe. Ces derniers estiment que le niveau de ressources est faible sur le territoire. Selon le répondant I02, il y aurait une rareté des services spécialisés relatifs à la transsexualité sur le territoire du CSSS à l'étude :

« Je crois en fait à l'hôpital... C'est quel hôpital?... Une de mes collègues s'était informée pour justement avoir la transformation physique et c'était via l'hôpital, via un service qui est déjà installé pour ça... où il y a des travailleurs sociaux, il y a des psychologues, y a des médecins, il y a vraiment un truc plus spécialisé à Québec pour ça. Mais je crois... honnêtement, je crois que c'est la seule place qu'ils peuvent trouver un terrain plus neutre pour recevoir des soins plus à leur mesure. » I02

Une seconde répondante, la répondante I09, établit un constat similaire. Cependant, cette dernière estime que pour des besoins spécialisés en santé mentale, ces services seraient inexistantes sur le territoire du CSSS à l'étude. Cette répondante perçoit par ailleurs que la disponibilité des services spécialisés relatifs à la transsexualité serait plus élevée dans la région de Montréal. Elle fonde cette opinion sur ses expériences de collaboration avec les spécialistes de 2^{ème} ligne en ce sens : « Puis même quand on les réfère au niveau de la psychiatrie ici à Québec, la réponse qu'on a, c'est : "Ça, ça se passe à Montréal!" ». L'extrait suivant illustre les propos de la répondante au sujet du niveau de ressources spécialisées sur le territoire :

« Parce que je pense que c'est une problématique qui est complexe. Puis il existe peu de services et de ressources pour ces gens-là. Souvent ils sont très localisés aussi. Comme, je pense que vraiment, quand ils souhaitent s'engager dans la démarche de changement de sexe, ça se fait via Montréal. Puis ici nous à Québec, on n'a absolument rien pour eux, spécifique au niveau de la psychiatrie. » I09

Conclusion

Il apparaît que les services généraux du CSSS à l'étude sont articulés de façon globale pour rejoindre l'ensemble de la population, mais il n'y a pas de ressources spécifiques ni d'adaptations réalisées pour rejoindre spécifiquement les clientèles trans*. Toutefois, les clientèles trans* seraient ciblées de manière indirecte par les stratégies de l'établissement vis-à-vis de groupes vulnérables, notamment celles en lien avec les ITSS. Il y a en ce sens une cohérence avec l'image de la vision organisationnelle établie dans la section précédente. Par ailleurs, l'offre de services de santé par le biais d'organisations communautaires serait un facteur susceptible de faciliter l'utilisation des services de santé par les personnes trans* alors que la répartition géographique des points de services a été identifiée comme un obstacle potentiel.

Il ressort également que les services spécialisés relatifs à la transition de genre/sexe sont rares, voire absents, sur le territoire du CSSS à l'étude. Il est suggéré que le niveau de disponibilité de ces services serait plus élevé dans la région de Montréal. De plus, la majorité des répondants ignorent l'existence de services spécialisés relatifs à la transsexualité sur le territoire. Ces deux aspects pourraient constituer un obstacle à la continuité des services et influencer négativement l'accessibilité aux services de santé de pour les personnes trans*.

4.3.2 Les ressources humaines

À partir des entrevues semi-dirigées réalisées auprès du personnel du CSSS à l'étude, nous avons évalué la disponibilité de ressources humaines à l'intention des personnes trans* ainsi que son adéquation en termes de la présence d'une sensibilité aux réalités trans* et le niveau de compétences dans l'intervention auprès des clientèles trans*.

En termes de disponibilité, l'ensemble des répondants évaluent, qu'au sein du CSSS à l'étude, il n'y a pas de ressources humaines dédiées spécifiquement pour intervenir auprès des clientèles trans*. Cette évaluation est notamment basée sur les professionnels de la 1^{ière} ligne, considérant que la majorité des répondants a peu d'informations au sujet des spécialistes sur le territoire. Comme dans le cas de l'offre de services, les répondants estiment que l'établissement dispose toutefois d'un niveau de ressources humaines adéquat. Le personnel disponible au sein de l'établissement permettrait de répondre à une variété de besoins en matière de santé. Ainsi, les propos suivants illustrent de quelle manière les ressources humaines disponibles permettent également de répondre aux besoins des personnes trans* :

« Parce que, peu importe cette condition-là, la personne peut présenter un autre problème là, fait que... que ça soit des formations en lien avec d'autres problématiques ou avec je ne sais pas, sur le trouble de personnalité, l'intervention multiculturelle, ça peut toutes s'appliquer, ça reste une personne aussi qui n'est pas juste transgenre, fais que... » I09

Dans le même sens, il n'y aurait pas d'efforts particuliers de l'établissement pour rendre disponibles des ressources humaines spécifiques à l'intention des personnes trans* selon les propos de ce répondant :

« Je sais que l'établissement va vraiment essayer de développer les intervenants à intervenir avec toutes les clientèles qui fréquentent l'établissement. [...] Maintenant spécifiquement la clientèle trans*, c'est difficile pour moi de vous affirmer s'il y a quelque chose qui existe [...] et je n'ai rien vu passer par rapport à ça qui est du spécifique par rapport à la clientèle trans*. Donc, est-ce que les efforts sont concentrés à offrir spécifiquement une intervention adaptée à cette clientèle-là? Je crois que non. » I06

Toutefois, selon une répondante I03, les ressources humaines mises en place pour répondre à des problématiques spécifiques vécues par des clientèles vulnérables peuvent être identifiées comme ciblant de manière indirecte les personnes trans*. Cette répondante illustre son propos en faisant référence au personnel ayant le mandat de soutenir les clientèles vulnérables dans la reconstitution de leurs cartes d'assurance maladie. Cette ressource serait ainsi disponible pour les personnes trans* rencontrant la même problématique. L'extrait suivant illustre les propos de la répondante en ce sens :

« Si je regarde le SIDEPE par exemple, eux, ils ont fait appel, ils ont comme une technicienne en travail social, je pense, qui les aide là-dedans, parce qu'eux, ils ont une clientèle qui n'ont pas souvent justement de cartes d'assurance-maladie, pas pour les mêmes raisons, peut-être plus pour des raisons d'itinérance, ou de consommation ou ces différentes autres raisons, mais qui font en sorte qu'ils n'ont pas de carte d'assurance-maladie nécessairement. Fait qu'ils ont fait appel à une TS [travailleuse sociale], qui une fois par je ne sais plus trop combien de temps, elle fait les démarches pour eux, pour les accompagner là-dedans. » I03

En termes de la présence d'une sensibilité aux réalités trans* au sein des ressources humaines, les répondants évaluent négativement cet aspect au sein du personnel du CSSS à l'étude. D'une part, l'ensemble des répondants soulignent la méconnaissance de la diversité des identités de genre au sein du personnel. D'une manière générale, le personnel au sein de l'établissement serait peu familier avec la transsexualité et aurait peu de connaissances de base sur la diversité des identités de genre. Ce constat est établi en ces termes par la répondante I07 :

« Moi, je suis sûre qu'il y a plein d'intervenants qui ne savent même pas que ça existe, ils pensent que c'est une personne sur 5000 puis cette personne-là est à Montréal. Mais, on ne la connaît pas. J'ai l'impression que pour certains, ça n'existe juste même pas. » I07a

« Je pense que les intervenants, ils gagneraient à savoir la différence entre un *travesti*... puis tous ces concepts qui sont tout mélangés dans la tête des gens, puis les *dragqueens*, tout le monde est mêlé. Puis, ce n'est pas parce que tu es une *dragqueen* puis tu fais ça, c'est du spectacle... Les gens, ils ne font pas la différence. C'est pas parce que tu veux changer de sexe, ce n'est pas parce que tu es plus féminin que tu veux changer de sexe non plus. Mais ça, la plupart des gens sont très... C'est noir ou c'est blanc. Ils ont beaucoup de difficultés avec les zones grises. » I07b

Or, ce manque de connaissances entraîne des difficultés dans l'intervention comme le décrit la répondante I01 de la manière suivante : « J'ai pas eu de problèmes de contact, mais je me dis... avoir un peu plus d'informations... sur comment intervenir avec ces personnes-là, comment les approcher, comment aborder puis un peu comprendre... puis c'est ça, on a très très peu d'informations là-dessus [...] ». Ceci pourrait constituer une barrière à l'utilisation des services de santé par les personnes trans* comme il a été établi dans la littérature (Sanchez et *al.*, 2009; Lurie, 2005) et se traduit ainsi selon les propos des répondants :

« Parce que, je crois que les gens sont intimidés dans un premier temps. Puis ils ne savent pas comment agir, ils ne savent pas où se placer puis ils sont confrontés à des choses qu'ils ne sont pas habitués. Puis, comme ils ne connaissent pas, ça leur fait peur... *Faque* ça fait comme ça donne ce que ça donne. Ça ne favorise pas le lien de confiance très très adéquat là. » I02

« La barrière numéro 1 pour moi, c'est la méconnaissance ou même l'ignorance du phénomène ou même l'incompréhension. J'ai déjà même vu des manifestations d'incompréhension de personnes... [...]. Cette réalité-là en fait, elle n'existe pas pour certaines personnes. Ils ne se sont jamais questionnés, ils n'ont jamais réfléchi à ça. C'est comme si c'était impossible. » I07

L'ensemble des répondants ($n_2=9$) soulignent d'autre part la présence de préjugés négatifs vis-à-vis des clientèles trans* au sein des membres du personnel de l'établissement. Ainsi, la répondante I05 soutient : « Puis comme je disais, même si ça ne m'est pas nommé directement, je sais qu'il y a des préjugés de la part des infirmières des programmes. » De même, il ressort que l'existence de préjugés pourrait entraîner des difficultés au niveau de l'intervention susceptibles d'influencer négativement l'utilisation des services de santé par les personnes trans* : « Il y a toujours les préjugés des intervenants. C'est évidemment, si les intervenants ont des préjugés à cet égard-là comme à n'importe quelle autre clientèle, je pense que ça peut être nuisible. » I06

Finalement, l'ensemble des répondants estiment qu'il y aurait un manque de ressources humaines habiletées pour répondre aux besoins particuliers des personnes trans* au sein du CSSS à l'étude. Les répondants font cette estimation sur la base du fait que l'établissement ne définit pas des activités de formations portant spécifiquement sur les besoins des clientèles trans*. Les répondants mentionnent que les formations offertes ont trait aux

besoins et aux réalités des minorités sexuelles de manière générale comme le traduisent les propos de la répondante I09 : « Non! Je n'ai jamais vu ça non plus. Non! On en a beaucoup [de formations] sur l'homosexualité, mais pas transgenre. » Il n'y aurait donc pas un effort particulier de l'établissement pour développer les compétences en lien avec les besoins particuliers des personnes trans* :

« Récemment, moi, j'ai suivi une formation à la santé publique sur la diversité sexuelle. Et puis, j'avais des attentes justement à avoir de l'information, de la formation. Mais je vous dirais malgré que c'est une formation de 2 jours, on n'en a pratiquement pas parlé. Ça a été vraiment plus la clientèle HARSAH là, les homosexuels, bisexuels. Mais on n'a pas vraiment été du côté... puis ça, j'aurais aimé parce que justement, je ne trouve pas que c'est quelque chose qu'on... on a très très peu d'informations là-dessus, autant moi que mes collègues [...] » I01

Néanmoins, selon les répondants, certains éléments au niveau de l'organisation des ressources humaines seraient favorables au développement des habiletés d'intervention auprès des clientèles trans* au sein du personnel du CSSS à l'étude. Selon la répondante I05, une Direction des soins infirmiers ainsi que la présence d'assistants aux supérieurs immédiats (ASI) au sein de l'établissement sont des structures qui permettent d'améliorer la pratique infirmière et celles des intervenants de première ligne en agissant directement sur le contrôle de la qualité des soins. Par le biais de ces structures, l'établissement pourrait agir de façon directe sur les compétences de ce type de professionnels tandis que ce ne serait pas le cas pour les spécialistes qui relèveraient notamment d'instances externes, tels que des Ordres professionnels. En ce sens, pour la répondante I05, ce serait un facteur favorable à l'accessibilité des services généraux pour les personnes trans* :

« [...] la possibilité d'avoir une référence à une structure-conseil comme une Direction des soins infirmiers plus organisée comme ici, c'est à mon sens un avantage parce que ça permet de tirer vers l'avant la pratique puis d'identifier les problématiques, d'essayer de les régler puis des fois, sans avoir plus de ressources, mais en faisant les choses différemment ou en changeant notre façon de faire, on peut s'améliorer. » I05

De plus, les partenariats avec les organisations communautaires permettraient d'améliorer les habiletés du personnel du CSSS à l'étude en favorisant une meilleure connaissance des besoins et des réalités de la population du territoire. Selon le répondant I06, la collaboration

avec les organisations ayant un contact direct avec les clientèles trans* du territoire permettrait d'outiller le personnel dans l'intervention auprès de cette clientèle :

« Nous, on a des rencontres socioprofessionnelles organisées par les organisateurs communautaires et les personnes responsables exemple de ces organismes-là peuvent venir faire des présentations aux intervenants pour les outiller et les aider à mieux connaître cette clientèle-là. C'est quelque chose qui se fait déjà, on a déjà une banque d'organismes ou de personnes spécifiques qui viennent présenter pour essayer d'aider les intervenants à développer de meilleures aptitudes par rapport aux références, à la connaissance, à l'intervention, etc. » I06

Finalement, il apparaît qu'en l'absence d'une habilitation du personnel par l'établissement de santé, le personnel du CSSS à l'étude se forme par la pratique suivant les expériences d'intervention auprès des clientèles trans*. Les propos de la répondante I09 traduisent ainsi ce constat : « Je ne dirais pas que nos intervenants sont outillés, je ne dirais pas ça. Je dirais qu'ils s'outillent quand ils arrivent devant la situation. » Ceci est en adéquation par ailleurs, avec l'image de la vision organisationnelle qui montrait que l'intérêt pour les clientèles trans* se situe au niveau du bas de l'organisation. Pour la répondante citée ci-dessous, les intervenants de première ligne, dans le cadre du travail de proximité auprès des clientèles trans* ou en lien avec des organisations communautaires sensibles à cette clientèle, sont plus susceptibles de s'outiller par eux-mêmes :

« Pour l'équipe SIDEPE, ils se forment un peu par eux-mêmes de par le fait de côtoyer les organismes communautaires, de côtoyer la clientèle. Donc, ils sont un peu dans un cercle d'autoapprentissage en même temps. Mais, c'est vraiment différent pour les autres infirmières des autres programmes. » I05

Deux répondants mentionnent également que la présence d'intervenants ayant une sensibilité ou un mandat auprès de clientèles des minorités sexuelles pourrait contribuer à l'amélioration des pratiques des autres membres du personnel du CSSS à l'étude. Ces derniers agiraient comme des agents multiplicateurs au sein de leur secteur d'activité et ainsi, leur présence serait favorable à l'accessibilité des services de santé pour les personnes trans* :

« [...] Souvent les gens vont venir me raconter ce qu'ils voient. [...] Non, je ne suis pas une personne pivot, mais les gens vu que j'ai ce dossier-là, aussitôt qu'ils entendent quelque chose "Eille as-tu vu ça, tel vidéo, je voulais t'en parler". Mais, tu sais mine de rien, ça fait évoluer les mentalités. Puis, mais dans chaque milieu, il y a du monde comme ça. » I07

Conclusion

Il ressort qu'il n'y a pas de ressources humaines dédiées de manière spécifique à l'intention des clientèles trans* au sein du CSSS à l'étude. Comme dans le cas des ressources matérielles, le niveau de ressources humaines serait adéquat en termes de nombre et serait en mesure de rejoindre l'ensemble de la population et par conséquent les personnes trans*. Cependant, les répondants soulignent l'existence de préjugés et le manque de connaissances de base sur la diversité des identités de genre au sein du personnel.

Il y a une cohérence avec les éléments identifiés au niveau de la vision organisationnelle. L'absence d'orientations stratégiques vis-à-vis des clientèles trans* au sein du CSSS à l'étude se traduit par une absence de ressources humaines spécifiquement dédiées à l'intention des clientèles trans* et une absence d'activités de formations en ce sens. De même, la responsabilité dans l'offre de services est au niveau des intervenants de première ligne qui s'outillent par eux-mêmes à travers leur pratique auprès des clientèles trans*.

Certains éléments liés à l'organisation des ressources humaines ont été identifiés comme favorables à l'accessibilité aux services de santé pour les personnes trans*. Ce sont la présence d'une structure permettant d'intervenir directement sur la qualité des soins, notamment une Direction des soins infirmiers et des assistants aux supérieurs immédiats de même que la présence d'intervenants ayant une sensibilité aux réalités des minorités sexuelles qui peuvent agir comme agents multiplicateurs afin de favoriser l'amélioration des compétences de l'ensemble du personnel.

4.3.2 Influence du niveau de ressources sur l'utilisation des services de santé

Dans cette section, nous allons évaluer l'influence du niveau de ressources matérielles et humaines sur l'utilisation des services de santé par les personnes trans*.

4.3.2.1 Influence de l'offre de services sur l'utilisation des services

Nous allons tenter de comprendre d'une part l'utilisation des services de santé généraux et l'utilisation des services de santé spécialisés relevant notamment de la 2^{ème} ligne.

i. Utilisation des services généraux

Comme il a été établi dans le portrait de l'utilisation des services, la majorité des répondants utilisent les services généraux de santé et psychosociaux d'une manière régulière. Ainsi, malgré l'absence d'une offre ou d'une adaptation spécifique des services généraux, l'offre de services existante permettrait de rejoindre les personnes trans*. Ceci s'expliquerait, suivant les propos de la répondante P01, par le fait que les personnes trans* rencontrent des besoins en matière de santé généraux similaires au reste de la population : « Mais des soins de santé en général, ça, c'est pour tout le monde. On peut quand même [...] passer en général comme tout le monde là, comme homme, femme ».

De même, certains obstacles identifiés à l'accès aux services de santé sont similaires à ceux rencontrés par le reste de la population. Les temps d'attente dans les cliniques sans rendez-vous et dans les CLSC sont mentionnés comme une barrière à l'utilisation dans les propos de la répondante P05 : « Juste les temps d'attente sont vraiment longs. Mais sinon, c'est plus ou moins ça. » Une autre barrière évoquée est la problématique d'accès à un médecin de famille qui affecte également l'utilisation des services pour le reste de la population, comme le traduisent les propos de la répondante cités ci-dessous :

« Mais c'est une réalité pour la plupart des gens, pour mes collègues qui ont de la difficulté à se trouver des médecins même sans être trans*. Ils ont une difficulté à trouver des médecins de famille. Au sans rendez-vous, ça va toujours. Mais avoir une relation avec un

médecin de famille, c'est complexe. Donc oui, la situation pourrait être vraiment meilleure, mais surtout pour la transsexualité évidemment, mais je pense que c'est une réalité que tout le monde vit à Québec. » P07

Cependant, les obstacles rencontrés par l'ensemble de la population pourraient se présenter d'une façon particulière pour les personnes trans*. Ceci est exprimé de la manière suivante par la répondante P07 au sujet des difficultés d'accès à un médecin de famille : « De toute façon l'accessibilité est complexe. Avoir un médecin de famille à Québec, c'est presque impossible. Donc et en plus quelqu'un qui va accepter de traiter une trans*, ce n'est pas évident ».

Par ailleurs, malgré la disponibilité des services généraux, les personnes trans* peuvent se voir en refuser l'accès. L'expérience d'une répondante décrite ci-dessous traduit cette réalité :

« J'ai demandé au CLSC [Un des CLSC du territoire] parce que je n'habite pas loin [...] d'avoir des services, on m'a refusé sous prétexte qu'on n'avait pas les personnes susceptibles d'être aptes à gérer mon cas. Donc, le fait que je sois trans* m'a complètement nuï et puis je n'ai pas pu recevoir de services. » P07a

« [...] j'ai appelé, on m'a transféré à une travailleuse sociale, j'ai expliqué le cas, j'ai dit que j'étais trans* puis la discussion a rapidement cessé. Elle a dit "Écoutez, je vais vous rappeler". Donc, elle m'a rappelé en dedans de 20 minutes en me disant "On ne peut pas prendre votre cas parce qu'on n'est pas équipé pour gérer ce type de cas". » P07b

L'expérience de la répondante P07 montre de quelle manière l'accès aux soins généraux est soumis à l'arbitrage du personnel de première ligne. Les besoins exprimés par la répondante P07 relèvent du mandat des services généraux tel que défini par l'organisation des services. Cependant, on peut soupçonner que lorsque les personnes trans* ne sont pas identifiées de manière explicite par l'établissement comme clientèle cible d'un continuum de services, l'arbitrage exercé par le personnel peut être défavorable à l'utilisation des services de santé par les personnes trans*, comme le traduisent les propos de la répondante :

« Je n'ai presque pas eu de contact, on m'a refusé presque immédiatement, on m'a refusé immédiatement. J'ai débattu mon cas, j'ai dit "Écoutez, vous faites de la discrimination". J'ai tenté de leur faire comprendre que, même de leur faire dire que si j'étais "homosexuel", il m'aurait pris. Parce que ça, c'est une clientèle connue. Elle a fini par me dire "Probablement". Elle a fini par avouer que si j'avais été une personne homosexuelle, il

m'aurait probablement prise. Le fait que je sois trans*, ils m'ont immédiatement refusé. » P07

Finalement, des barrières systémiques vécues par les personnes trans* peuvent avoir une influence au niveau de l'utilisation des services de santé généraux. Comme c'est le cas pour l'ensemble du réseau de santé public au Québec, l'accès aux services généraux du CSSS à l'étude est modulé par la possession d'une carte d'assurance maladie. Or, à cause du contexte social de stigmatisation des personnes trans*, certaines personnes peuvent ne pas être en possession de ce document d'identification. Ainsi, tel qu'évoqué par la répondante P03, le fait de ne pas posséder une carte d'assurance maladie conforme est la raison qui justifie un évitement des services de santé :

« Et puis, je n'ai pas consulté parce que je n'avais pas les moyens. D'ailleurs, ma carte d'assurance maladie est expirée depuis longtemps parce que je n'ai pas les moyens... C'est en partie... ça résume en partie ma condition... puis de la transition... Le fait de ne pas avoir d'emploi, ça crée d'autres problèmes. » P03

L'extrait suivant des propos de la répondante traduit le processus par lequel ces barrières systémiques se traduisent dans l'accès aux services de santé :

« Parce que les petits blocages, disons d'apparence physique... Il y a un long processus pour s'adapter, bien paraître disons. Mais tant et aussi longtemps que c'est pas réglé, ça occasionne une multitude de problématiques, à savoir c'est plus difficile d'avoir un emploi. Si c'est plus difficile, il y a moins de revenus. S'il y a moins de revenus, tu ne payes pas ta carte d'assurance maladie... Mais là tu t'es coupé, il faut que tu ailles à l'hôpital... C'est la multiplication des problèmes comme ça. » P03

Comme il a été établi dans la littérature, certaines personnes trans* peuvent se voir exclues des services publics en raison de l'inadéquation entre leur apparence et les documents d'identification (CDPDJ, 2007, p. 60). Or, les procédures encadrant le changement des documents d'identification relèvent de la législation en place. En ce sens, le contexte politique et législatif agit comme un facteur d'influence dans la relation entre le niveau de ressources et l'utilisation des services de santé. Il est à noter que les propos suivants de la répondante P03 en ce sens font état d'un constat avant l'entrée en vigueur des modifications apportées par la Loi 35 au Code Civil du Québec :

« Y a aussi le fait... ils sont en train de changer les lois pour qu'on puisse avoir notre F sur les cartes d'identité, alors c'est en train de changer, je crois que c'était 5 ans, ils veulent

descendre à 3 ans... [...] 5 ans c'est beaucoup trop long... C'est des décisions politiques justement qui sont faites sans connaissance de cause manifestement parce que ça ne cadre pas du tout avec la réalité... Pour beaucoup d'entre nous, c'est une question de en quelques mois, on est passé de garçon à fille bien intégrée qui peut bien paraître. Alors d'attendre 5 ans, c'est beaucoup trop; 3 ans, c'est quand même beaucoup plus acceptable. » P03

ii. Utilisation des services spécialisés

L'analyse de l'offre de services a notamment montré que les services spécialisés relatifs à la transition de genre/sexe sont rares ou inexistantes sur le territoire. Or, d'après le portrait de l'utilisation des services présenté dans la première section de ce chapitre, les besoins non comblés exprimés par les répondants relèvent particulièrement de ce type de services. Ceci entraîne trois tendances dans l'utilisation des services spécialisés par les répondants trans*.

Premièrement, les répondants auront tendance à se diriger à Montréal principalement ou ailleurs à l'extérieur de Québec pour obtenir des services spécialisés relatifs à la transition de genre/sexe. Ceci est une tendance marquée concernant la majorité des répondants ayant déjà eu recours à ce type de services au moment de l'étude. Les propos de la répondante P01 illustrent cette tendance : « *Faque*, on a comme besoin d'aller chercher des soins ailleurs, puis moi, j'avais... j'étais obligée d'aller chercher des soins plus vers Montréal ».

Deux dimensions entreraient en compte dans la décision des répondants de se rendre à l'extérieur de Québec pour obtenir des services spécialisés. La première dimension évoquée par les répondants est l'absence ou la perception d'une absence de services spécialisés relatifs à la transition physique sur le territoire du CSSS à l'étude. Ce constat est notamment établi par les répondants ayant tenté d'avoir recours à ce type de services moins récemment au cours des cinq dernières années. La majorité des répondants indiquent n'avoir pas été en mesure d'identifier dans la région, des services spécialisés pouvant répondre à leurs besoins. Ils estiment ainsi que ces services sont inexistantes comme illustrent les extraits suivants :

« Parce que dans ces années-là, il n’y avait pas d’aide ici à Québec. Je ne connaissais pas vraiment les spécialistes ici à Québec... En fait, il n’y en avait pas tout simplement. Puis là, ça ne fait pas trop longtemps qu’il y en a. » P01

« Oui, c’est parce qu’il y en avait pas ici. J’avais consulté l’ATQ qui, eux, m’ont dirigé à Montréal, là ils m’ont redirigé à Québec. » P02

« Parce qu’à Québec, ça n’existait pas. Parce qu’à Québec, dans ma tête, il y avait pas rien. » P04

La deuxième dimension évoquée est l’inadéquation des services spécialisés existants sur le territoire du CSSS à l’étude. Selon les répondants, les services spécialisés en endocrinologie, en psychothérapie et autres services de 2^{ième} ligne entrant en compte dans la transition physique disponibles sur le territoire ne sont pas adaptés aux besoins des personnes trans* en ce sens. Ainsi, les répondants seraient contraints d’avoir recours à ces ressources à l’extérieur de la région. Les extraits suivants illustrent l’influence de cette dimension sur l’utilisation des services :

« Non, à part le fait de consulter pour ma transidentité parce que j’étais en détresse psychologique à ce moment-là. Puis, je voulais à tout prix avoir mon opération, mais eux, ils ne voulaient pas vraiment me donner de lettre pour pouvoir obtenir des hormones puis obtenir une chirurgie aussi. Donc, il a fallu que je fasse toutes mes démarches à Montréal puis que je vienne ici une fois par semaine pour rencontrer une psychologue ici à Québec. Puis tous les mois, j’allais à Montréal, je me promenais comme ça pendant un bon deux ans. » P01

« Mais une expérience positive à Québec, non! Malheureusement, j’en ai pas. Parce que mes liens sont déjà tissés à [l’extérieur de Québec]. Je ne suis pas fervente de couper les liens pour éviter des frais d’essence de peut-être 20 \$ et de me rendre chez un médecin qui possiblement n’est pas accessible et que, s’il est accessible, il ne connaisse pas la clientèle trans* ou ne désire pas travailler avec la clientèle trans*. Je n’irais pas sacrifier une relation qui date de 10 ans pour les besoins de la Ville de Québec. J’ai suffisamment de ressources financières pour me payer les voyages à [l’extérieur de Québec], donc je m’en tiens là. »P07

À l’inverse, la disponibilité ou la perception d’une disponibilité des services spécialisés relatifs à transition physique dans la région de Québec influencerait positivement l’utilisation des services de santé. Ceci définit dès lors, une seconde tendance qui est l’utilisation effective des ressources spécialisées dans la région. En effet, certains répondants estiment que, bien que limitées, des ressources spécialisées sont existantes sur le

territoire du CSSS à l'étude. Ce constat est établi par les répondants qui ont eu recours à ce type de services plus récemment au cours de la période cible de cette recherche. Il y aurait notamment eu un développement de services spécialisés relatifs à la transition de genre/sexe au cours des années récentes sur le territoire. De plus, ces ressources seraient mieux connues des répondants en raison du développement d'une communauté trans* se matérialisant par la présence de l'organisation communautaire Aide aux trans* du Québec (ATQ) sur le territoire. Ainsi, selon les propos de la répondante P01, la disponibilité des services spécialisés relatifs à la transition de genre/sexe aurait une influence directe sur l'utilisation : « [...] Puis l'endocrinologue lui... j'ai toujours rencontré l'endocrinologue ici à Québec ». La disponibilité de ces ressources aurait également une influence sur les intentions d'utilisation des répondants qui prévoient obtenir ce type de soins dans le futur, tel que le démontrent les propos suivants des répondants :

« Mais vu qu'il y a d'autres personnes ici à Québec... ça fait pas trop trop longtemps qu'il y a une sexologue ici à Québec pour les personnes trans identifiées puis il y a un psychologue aussi, ça fait pas trop longtemps. Fais que là, c'est sûr qu'avec l'avenir, avec ce qui s'en vient, on va essayer de voir... voir la possibilité d'en rencontrer au moins une, au moins une psychologue ou une sexologue... voir ce qui en est avec ça. » P01

« Parce qu'au début, les gens me disaient "Si tu veux voir un psychologue ou un psychiatre, il va falloir que tu ailles à Montréal. Les endocrinologues, c'est juste à Montréal"... Non, il y a tout ça à Québec, c'est juste que les gens ne sont pas au courant. Justement via l'ATQ puis mon réseau de contacts, j'ai réussi à trouver quand même qu'il y avait des ressources. Donc, ça fait mon affaire de ne pas être obligée d'aller à Montréal une ou deux fois par mois mettons. » P06

Par ailleurs, l'adéquation des ressources demeure une dimension déterminante de l'utilisation effective des services de 2^{ième} ligne par les répondants. Les extraits suivants démontrent dans quelle mesure cette dimension peut déterminer l'utilisation des ressources d'un point de services donné :

« [...] une fille que je connais... une trans ici... [...] elle, elle fait affaire avec une psychologue justement au CLSC [un des CLSC du territoire] en ce moment. [...] Elle est suivie en ce moment puis là, on voit qu'il y a quand même une bonne approche avec les personnes trans*. Puis vraiment dans le CLSC [un des CLSC du territoire], il y a une bonne approche, ils ont rencontré pas mal de personnes trans* » P01

« [...] Étant donné que j'ai réussi à trouver des ressources à Québec, je n'aurais pas à me déplacer, je l'espère. Si je vois que les ressources ne sont pas adéquates ou qu'il y a quelque chose qui fonctionne moins bien, ça ne me dérangerait pas d'aller à Montréal parce que

c'est une question d'être qui je suis dans le fond puis comment je veux être reconnue, donc ce n'est pas un problème pour moi. » P06

Finalement, la troisième tendance observée en ce qui concerne l'utilisation des services spécialisés est le recours au secteur privé. Selon les propos des répondants, les ressources adéquates relatives à la transsexualité qui sont disponibles sur le territoire du CSSS à l'étude relèvent principalement d'établissements de soins de santé privés. Il y aurait une rareté, voire une absence de services adéquats en lien avec la transition de genre/sexe dans le réseau public. En ce sens, la répondante P06 affirme :

« Il y en a des psychologues dans les CLSC, mais ce ne sont pas des psychologues qui traitent les personnes trans*. Il y a des médecins dans les CLSC, mais ils ne sont pas habilités à traiter avec des personnes trans*. Donc OK, on va dans le privé et on sort le portefeuille. Ça serait le fun justement que le CLSC puisse englober ces réalités-là dans leurs interventions dans la mesure où c'est possible de le faire. » P06

Ainsi, les répondants affirment avoir recours de façon générale à des services spécialisés au sein d'établissements de santé privés dans le but d'obtenir des services adéquats :

« J'ai notamment parlé à un moment donné à [Nom d'une sexologue de la région] qui est probablement ma prochaine ressource [...]. Ça, c'est plus loin un peu à l'été normalement. [Nom d'une sexologue de la région] est une ressource payante. Mais elle a un bon suivi avec les trans*, elle a déjà rencontré plusieurs trans*. C'est une des bonnes ressources à Québec. » P07

En somme, cette répondante établit le constat suivant concernant l'accessibilité des services spécialisés sur le territoire du CSSS à l'étude :

« Mais, ce que je constate, c'est que pour avoir accès à des services au niveau de la transsexualité, il faut payer. Il faut payer! [...] » P07

Cette situation n'est pas perçue comme idéale par les répondants concernés. La répondante P06 exprime dans quelle mesure le recours aux services privés constitue une contrainte :

« C'est sûr que si je peux tout faire à Québec, ça va faire plus mon affaire parce que ça m'évite des déplacements pour un rien. Ça évite avec tout ce que ça engage comme coûts, comme transport, comme perte de temps. Parce que déjà justement de faire affaire avec des spécialistes, si je vais dans le privé justement, ce sont des sous qui sont gaspillés, ce serait un truc qui serait le fun qu'il y ait des psychologues dans les CLSC justement qui puissent comprendre et évaluer les réalités trans*, histoire justement qu'on ne soit pas obligé d'aller

dans le réseau privé et de déboursier 50 \$, 75 \$, 100 \$ la séance plus payer pour la lettre et plein de choses de même. » P06

Cette répondante définit par ailleurs cette situation en termes d'équité :

« Moi, je n'ai pas le goût de faire payer aux contribuables. Si moi, je prends de l'hormono [hormonothérapie], c'est mon problème. À quelque part, c'est mes pilules, je les paye, c'est tout! Mais je veux dire, à quelque part, avant même d'avoir une prescription quelque part, de savoir si j'ai besoin d'une prescription, pourquoi j'ai à payer pour ça moi? » P06

En ce sens, le coût constituerait l'obstacle principal à l'utilisation des services spécialisés relatifs à la transition physique par les personnes trans*. Cette barrière aurait une influence sur l'utilisation des services en ce sens qu'elle détermine la fréquence d'utilisation et le délai de recours aux services selon les propos des répondants :

« Mais pour l'instant, c'est sûr, c'est au privé. Fais que je dois payer de mes poches aussi, fais que j'attends un peu d'avoir les moyens pour pouvoir réussir. » P01

« Ça, par contre, je ne l'utilise pas autant que j'aimerais parce qu'elle est au privé puis c'est la seule qui est à Québec qui est spécialisée dans la question trans*. C'est une sexologue clinicienne et puis ça me fait énormément de bien d'aller la voir. Mais en même temps, le fait que ça soit 90 dollars la rencontre, 50 minutes et j'ai pas d'emploi parce que je peux pas travailler encore. » P02

Les propos de la répondante P03 expriment également de quelle manière le coût de certains services se répercute sur l'utilisation d'autres services spécialisés liés à la transition :

« Ça ne me concerne peut-être pas directement, mais entre autres disons pour les gens qui veulent vraiment poursuivre leur transition physique avec les hormones tout ça, il y a le prérequis psychologique tout ça. Je le comprends, mais il y a des frais associés à cela. Puis, pour nous, des fois la question monétaire des fois est souvent plus difficile que d'autres personnes parce qu'on a de la difficulté à se trouver des emplois. Fais que quant à moi, ça, c'est une grande barrière ces frais reliés à cette condition-là qui nous tombe dessus. » P03

La seconde barrière évoquée dans l'utilisation des services spécialisés est la difficulté d'identifier des services spécialisés adéquats sur le territoire :

« C'est difficile à trouver, mettons. Moi, je suis passée par l'ATQ. Au début quand j'ai commencé... au début j'ai essayé de chercher par moi-même, je ne trouvais rien. Et après ça, quand j'ai vu que l'ATQ avait une branche à Québec qui s'était développée à l'automne, je me suis dépêchée d'aller. Mais bon là, ça a pris un peu de temps parce qu'eux autres ils étaient encore en mode organisation, genre essayer eux de les trouver les ressources. Puis, ça m'a pris un peu de temps... Ma première expérience a été un peu chaotique. » P06

Finalement, certains répondants perçoivent le processus d'accès aux services spécialisés comme étant complexe. L'effet combiné des délais d'accès et la nécessité d'être référé par un professionnel de 1^{ère} ligne est évalué comme un frein à l'utilisation par cette répondante :

« C'est peut-être un peu difficile au départ, il faut ramasser les formulaires, faire beaucoup d'appels téléphoniques puis ça prend beaucoup de temps. Par exemple à [Nom d'un hôpital à l'extérieur de la région], ça prend une année pour avoir rendez-vous avec un médecin. Une année entière! Donc c'est très difficile et puis ça prend tellement de temps. » P05

4.3.2.2 Influence du niveau de ressources humaines

Les résultats présentés dans cette section montrent la mesure dans laquelle la disponibilité des ressources humaines a une influence sur l'utilisation des services par les personnes trans*.

L'ensemble des répondants ayant déjà eu recours aux services de santé au sein du CSSS à l'étude estiment que le personnel de santé rencontré ne serait pas outillé pour répondre aux besoins spécifiques des clientèles trans*. Selon les propos des répondants rapportés dans les extraits suivants, il y aurait une méconnaissance des réalités trans* au sein du personnel et une méconnaissance des ressources spécialisées de 2^{ème} ligne vers lesquelles référer les personnes trans* :

« J'ai été très bien accueillie, très très très bien accueillie. Sauf qu'encore une fois il y avait un manque de compétence aussi, *t'sais* ils ne savaient pas trop comment se préparer à ça aussi puis c'était pas vraiment leur domaine, *faque* ils n'étaient vraiment pas spécialisés là-dedans. *Faque* tout ce qu'ils pouvaient amener comme sujet, c'est aider les personnes homme ou femme en général. » P01

« Je ne pense pas qu'ils soient adéquatement outillés. Puis même quand j'en ai parlé, ils m'ont référé "Ah il y a un hôpital général à Montréal... point d'interrogation". Fais que je pense vraiment pas que... d'autant plus que j'étais en orientation/évaluation, en psychiatrie première ligne. Je veux dire, c'est par là que ça passe normalement là. *Faque* je trouvais qu'elle aurait pu comme... plus connaître ça, mettons. » P04

Ceci pourrait avoir une influence sur l'utilisation des services de santé en ce sens que la disponibilité de ressources humaines adéquates déterminerait les intentions d'utilisation des

services comme l'exprime la répondante P01 : « Oui parce que vu qu'ils ne sont pas spécialisés là-dedans, on a comme peur aussi un peu là... : "J'ai-tu bien fait d'aller là ou pas?" ». Par ailleurs, l'influence pourrait également se situer au niveau de la rétention des utilisateurs au sein d'une source de soins donnée :

« J'ai eu deux sessions à date avec cette personne-là. Ça a été presque à sens unique, j'ai beaucoup expliqué qui j'étais, ma démarche, ce que je ressentais actuellement, puis j'ai eu des conseils très généraux [...]. Elle m'a donné des conseils extrêmement généraux sur la spiritualité humaine, etc. Mais rien, absolument rien en contact avec la transsexualité. D'ailleurs, je suis loin d'être convaincue que je vais poursuivre dans ce sens-là avec cette personne. La prochaine rencontre va être déterminante. Il va falloir qu'elle s'implique parce que moi, à date, je n'ai fait que communiquer l'information. » P07

Il a été établi par la littérature que le fait de vivre de la transphobie influencerait négativement l'utilisation de services de santé (Lombardi, 2011; Grant et al., 2010). Ainsi, une expérience antérieure de soins à l'issue de laquelle l'utilisateur n'aurait pas obtenu des services adéquats sur la base de sa transidentité ou aurait vécu des attitudes négatives de la part du personnel de santé pourrait influencer le recours aux services de santé. En ce sens, le répondant P04 évoque le manque de sensibilité aux réalités trans* au sein du personnel du CSSS à l'étude comme la raison justifiant une sous-utilisation des services de l'établissement : « Mais dans le fond... j'avais peur de me faire juger puis c'est ça. Juste quand je suis allé au CLSC [un des CLSC du territoire], j'ai trouvé qu'ils m'avaient un peu *garroché* [...] ».

À l'inverse, selon la répondante P06, la sensibilité aux réalités trans* de la part du personnel a un impact positif sur l'utilisation des services de santé de l'établissement. Cette répondante évalue de manière positive ses interactions avec le personnel administratif et médical du CSSS à l'étude. Néanmoins, comme le traduit l'extrait ci-dessous des propos de la répondante, cette dimension ne relève pas toujours de l'établissement. La sensibilité aux réalités trans* de la part du personnel rencontré découlerait du fait de connaître une personne transgenre dans son entourage. Ainsi, ce facteur lié à l'environnement externe de l'organisation peut influencer la relation entre le niveau des ressources humaines et l'utilisation des services de santé par les personnes trans* :

« Comme je disais tantôt au niveau du CLSC justement quand j'en ai parlé à mon intervenante, que justement... Elle était super ouverte avec ça, même elle disait que sa voisine était trans* donc à quelque part elle connaissait la réalité. [...] J'étais pas la première personne trans* qu'elle rencontrait donc... Peut-être la première avec qui elle avait à travailler, mais au moins elle connaissait déjà... Habituellement ça va mieux, en règle générale, quand je vais parler avec des gens dans à peu près tous les milieux quand la personne a déjà vu une autre personne trans*, c'est comme ça rentre dans son champ de référence. Alors que quand c'est des personnes qui en ont jamais vu, ils sont comme "c'est quoi ça?" » P06

Par ailleurs, d'un constat général, il ressort que la peur du jugement et de vivre la transphobie constitue une barrière à l'utilisation des services de santé. Certaines personnes pourraient retarder le recours aux services de santé du fait de la peur de vivre de la transphobie à cause de leur apparence physique. Comme le décrivent les extraits ci-dessous des expériences de deux répondantes, cette peur pourrait ne pas être fondée sur une expérience de soins antérieure, mais elle pourrait entraîner une augmentation du délai de recours aux services de santé dans le cas de la répondante P02, ou un évitement des services de santé dans le cas de la répondante P03 :

« Parce que le dentiste de mon expérience, j'ai attendu six ans parce que j'ai eu des broches et tout... Mais j'ai attendu 6 ans avant d'y retourner parce que j'étais trop traumatisée, j'avais aussi beaucoup de pilosité faciale. Alors c'était gênant pour moi, parce que je savais que j'allais être couchée, la bouche ouverte, je ne peux pas parler, je ne peux pas bouger pour faire diversion pour pas qu'on regarde, qu'on s'attarde là-dessus, donc j'étais... J'ai attendu pendant six ans jusqu'à ce qu'il y a des dents qui commencent à casser dans le fond... Puis là je me suis réveillée, j'ai fait comme "là je n'ai pas le choix!". Puis là, avec du laser... J'ai suivi du laser aussi, *faque* ça s'est mieux passé puis j'ai eu un bon service quand même, même si j'avais peur un peu. » P02

« Ça peut être juste comme disons les cheveux. Pour certaines personnes, c'est comme tant et aussi longtemps que tes cheveux sont pas assez... à cause de nos visages masculins tout ça, ça retarde notre intégration sociale... en tout cas... je suis passée par là... je les ai... je les faisais pas beaucoup pousser assez rapidement (rires). » P03

Conclusion

Le niveau de ressources matérielles et humaines est une caractéristique organisationnelle ayant une influence sur l'utilisation des services de santé.

Il ressort que la majorité des répondants utilisent les services généraux de manière régulière considérant que ces ressources sont disponibles au sein du CSSS à l'étude et sont adéquates d'une manière générale aux besoins des personnes trans*. Cependant, l'arbitrage du personnel de première ligne peut être défavorable à l'utilisation des services de santé. De plus, l'accès aux services de santé généraux au sein de l'établissement est autorisé par la possession d'une carte d'assurance maladie. Or, la non-possession de ce document d'identification par certaines personnes trans* du fait de la marginalisation sociale pourrait nuire à l'utilisation des services de santé.

La force de la relation entre le niveau de ressources et l'utilisation des services de santé est explicite dans le cas des services spécialisés. La rareté ou la perception d'une rareté des services spécialisés relatifs à la transition de genre/sexe sur le territoire contraint les répondants à se diriger à l'extérieur de la région de Québec, notamment vers Montréal, pour obtenir des services de santé. À l'inverse, la disponibilité ou la perception d'une disponibilité de ces services sur le territoire a une influence sur l'utilisation effective des ressources et sur les intentions d'utilisation. L'adéquation des ressources est une dimension importante dans l'utilisation en ce sens qu'elle détermine le choix de la source de soins. Ainsi, en l'absence de ressources adéquates sur le territoire au sein du réseau public, les répondants ont recours aux services spécialisés relatifs à la transition de genre/sexe au sein d'établissements privés. Les barrières à l'utilisation des services spécialisés sont par ailleurs identifiées comme étant le coût des services, la difficulté d'identifier les ressources disponibles sur le territoire et la complexité perçue du système de santé.

Finalement, un constat équivalent s'établit dans la relation entre le niveau de ressources humaines et l'utilisation des services de santé par les personnes trans*. L'adéquation des

ressources humaines est une dimension qui entre en compte dans l'utilisation des ressources au-delà de la disponibilité de celles-ci. Ainsi, le manque de sensibilité aux réalités et aux besoins des personnes trans* au sein du personnel peut influencer négativement les intentions d'utilisation. Ainsi, l'habilitation du personnel par le CSSS à l'étude et la mise en place de ressources humaines adéquates à l'intention des personnes trans* sont susceptibles d'influencer positivement l'utilisation des services de santé. Il apparaît que les caractéristiques personnelles des intervenants en santé, notamment le fait de connaître une personne trans*, et les caractéristiques des utilisateurs, notamment la peur de vivre de la transphobie, peuvent agir comme un facteur d'influence dans la relation entre le niveau de ressources humaines et l'utilisation des services de santé.

4.4 Les pratiques et l'utilisation des services de santé

Cette section nous permettra de répondre spécifiquement à notre deuxième question de recherche qui vise à documenter les pratiques déjà existantes au sein des établissements de santé qui sont favorables à l'accessibilité des services de santé par les personnes trans*. Dans cette recherche, les pratiques sont définies comme les procédés organisationnels et cliniques qui entrent en compte dans la production des services (Pineault et *al.*, 2011, p. 122). Nous identifierons successivement ces pratiques du point de vue du personnel de l'établissement et du point de vue des utilisateurs.

4.4.1 Analyse des pratiques

Les entrevues réalisées auprès des répondants à l'emploi du CSSS à l'étude ($n_2=9$) ont permis d'identifier des procédés organisationnels et cliniques susceptibles d'influencer positivement l'accessibilité aux services de santé pour les personnes trans*. Il est à noter qu'il n'était pas possible d'identifier les pratiques susceptibles d'avoir une influence négative à cause du biais potentiel des répondants.

4.4.1.1 Procédés organisationnels

L'ensemble des répondants ($n_2=9$) identifient le travail de proximité comme une pratique qui serait favorable à l'utilisation des services de santé par les personnes trans*. Cette pratique fait partie des stratégies du CSSS à l'étude pour rejoindre les clientèles vulnérables aux ITSS et les clientèles désaffiliées (*reaching-out*). Bien que les clientèles trans* ne soient pas identifiées comme cibles, les actions réalisées dans le cadre de ces stratégies seraient favorables à l'utilisation des soins de santé par les personnes trans* selon les répondants. En effet, les services de santé sont déployés au sein d'organisations communautaires susceptibles d'être fréquentées par ce groupe de la population. C'est par ailleurs dans le cadre de cette pratique que deux répondants de l'étude ont eu des expériences d'intervention directe auprès des clientèles trans*. Les propos du répondant I06

décrivent de quelle manière cette pratique se définit afin de favoriser l'accès pour les clientèles trans* :

« Alors que dans les clientèles vulnérables comme une clientèle désaffiliée, comme SIDEPSABSA [Services à bas seuil d'accessibilité], c'est différent. Là on est posté dans les organismes communautaires puis on a des partenariats avec le RAIQ [Regroupement pour l'aide aux itinérants et itinérantes de Québec] qui fait en sorte qu'on est capable d'aller chercher ces clientèles-là, puis de les amener au CLSC. On les dépiste même en prison, dans les bars, dans les saunas gais, etc. On est capable d'aller chercher vraiment cette clientèle-là. » I06

Selon les répondants concernés, le cadre souple d'intervention qu'offre cette pratique serait favorable à l'exercice d'un pouvoir discrétionnaire dans la dispensation des soins et dans l'adaptation de l'offre de services aux réalités spécifiques des clientèles trans* :

« [...] Comme moi, je vous dis, étant donné notre pratique qui est un peu pas standard, on a une très grande liberté.... on n'est pas dans un cadre très rigide là.. Fais qu'on a beaucoup de liberté au niveau de notre intervention... *Faque* ça non, y a pas rien qui restreint notre intervention auprès de cette clientèle-là, là pas du tout. » I01

Un cadre rigide d'intervention est d'ailleurs identifié par une autre répondante comme une barrière à l'accessibilité des services de santé au sein des autres secteurs d'intervention :

« C'est que l'obstacle, c'est que le manque de ressources, le fait qu'il faut qu'on systématise, qu'on normalise dans un cadre, un rendez-vous, c'est 20 minutes, etc. *Faque* pour les programmes autres que SIDEPS là, je pense que ça pourrait être l'obstacle autre des autres programmes. Parce qu'il y a un cadre, c'est un cadre qui a été instauré pour que ça roule, pour qu'on voit le maximum de personnes. Mais si le patient ne rentre pas dans ce cadre-là, malheureusement ça va contribuer à l'exclusion de la population. » I05

L'absence de barrières administratives notamment dans le secteur d'interventions en lien avec les ITSS est identifiée comme une seconde pratique favorable à l'accessibilité des services de santé pour les personnes trans*. Les répondants mentionnent le fait qu'une carte d'assurance-maladie ou autre document d'identification ne soit pas nécessaire pour obtenir des services de dépistage du VIH au sein des *Services intégrés de dépistage et de prévention des ITSS* (SIDEPS) ainsi qu'un éventail de services courants plus large au sein des *Services à bas seuil d'accessibilité* (SABSA). En effet, la non-conformité des documents d'identification a été identifiée dans la littérature comme une barrière potentielle

à l'utilisation des services de santé par les personnes trans* (ASTT[e] Q, 2012, p. 62). Les extraits suivants présentent la description de cette pratique dans les propos des répondants :

« Nous, on offre le dépistage anonyme. Entre autres pour cette raison-là, parce que la clientèle désaffiliée n'est pas nécessairement trans* là, mais une clientèle désaffiliée, souvent la carte RAMQ a disparu, est en train d'être reconstituée ou pour diverses raisons parce qu'il y a des gens qui ne veulent pas s'identifier non plus. Donc, on est le seul établissement, on est la seule équipe qui offre le dépistage anonyme. On l'offre intra-muros puis extra-muros également quand on va dans les ressources extérieures. » I04

« Parce que justement des fois, ils ont... leur carte d'assurance n'est pas valide, on va les traiter pareil, on va les vacciner gratuitement, *faque* on fait vraiment tout pour justement qu'il y ait le moins de barrières administratives. Ça, c'est clair vraiment. On est à limite aussi de notre pratique infirmière. On est sur la ligne là... » I01

Finalement, il apparaît que dans le secteur d'interventions en lien avec les ITSS, il y aurait une certaine reconnaissance des identités trans* dans les formulaires administratifs visant à collecter des données épidémiologiques sur les clientèles. Cette pratique peut être favorable à l'accessibilité des services de santé pour les clientèles trans* en ce sens qu'elle permettrait de définir les besoins et l'offre de services à l'intention des personnes trans* :

« On le nomme dans nos questionnaires. Notre questionnaire d'enquête épidémiologique, c'est écrit par Homme/Femme/Trans*. Mais, ça ne sort jamais comme donnée. Donc, on ne sort pas de données sur ce type de clientèle là parce que ça ne sort pas dans nos questionnaires d'enquête donc... » I03

« On l'adresse dans les secteurs SIDEPE, dans notre questionnaire, on a une coche transgenre. » I05

4.4.1.2 Procédés cliniques

D'une façon générale, l'ouverture vis-à-vis des clientèles trans* est identifiée par les répondants comme une pratique entrant en compte dans la dispensation des soins qui serait favorable à l'accessibilité des services de santé. Pour certains répondants, cette ouverture est susceptible d'être plus présente chez les intervenants de première ligne du fait de leur travail de proximité auprès des clientèles vulnérables du territoire :

« Nous, on essaye d'être plus ouvert possible, déjà parce qu'on a affaire à une clientèle dans notre équipe de toute façon qui est très souvent stigmatisée, que ça soit des UDI, des HARSAH. Donc déjà en partant il y a une certaine ouverture dans l'équipe, on essaye de rejoindre les gens dans la communauté, dans les lieux qu'ils fréquentent... » I04

À l'échelle de l'organisation, l'ouverture vis-à-vis des clientèles trans* relèverait du professionnalisme des intervenants selon la répondante I01 :

« À un moment donné, c'est une question de personnalité aussi des employés, du personnel. C'est que tu sais, la personne, tu l'accueilles comme elle est là, qu'elle soit marginale à cause qu'elle est transgenre ou qu'elle ait une autre particularité. Normalement quand on est des professionnels de la santé, on devrait accueillir tout le monde comme ils sont. »I01

Une autre pratique positive entrant en compte dans la dispensation des soins serait la responsabilité et l'engagement des intervenants vis-à-vis des clientèles trans*. Selon les répondants, même en situation de rareté ou d'absence de ressources spécifiques à l'intention des clientèles trans*, les professionnels de la santé vont déployer les moyens nécessaires pour desservir cette clientèle. En ce sens, la répondante I09 affirme : « D'un autre côté quand on en a, on s'en occupe puis on fait tout ce qui est en notre pouvoir pour les aider à trouver le bon service ». Selon le répondant I08, l'engagement vis-à-vis des clientèles est une valeur partagée par l'ensemble du personnel du CSSS à l'étude qui découle du mandat de responsabilité populationnelle de l'établissement. Ainsi, il affirme : « [...] L'organisation a des valeurs de respect, de responsabilisation, d'être cohérent. Donc bien que n'ayant pas une politique organisationnelle, il est souhaité que les gens sachent faire preuve d'adaptation face à ces clientèles-là. »

De façon concrète, les entretiens semi-dirigés réalisés auprès des répondants du CSSS à l'étude ont permis de mettre en évidence trois pratiques mises en œuvre par le personnel vis-à-vis des clientèles trans*. Premièrement, l'adaptation des interventions et de l'offre de service est identifiée par les répondants comme une pratique spécifique mise en œuvre à l'égard des clientèles trans* et qui serait favorable à l'accessibilité des services de santé. Selon la répondante I05 citée dans l'extrait suivant, cette adaptation peut être réalisée au niveau du lieu et du moment adéquat pour dispenser les services de santé aux clientèles cibles. Cette adaptation peut également être réalisée afin de prendre en compte les réalités des personnes trans* selon l'intervenant I08 :

« Je dirais que c'est plus au niveau de l'équipe SIDEPE parce qu'ils sont avec eux, ils voient en fait sur le terrain. S'ils disent : "Moi le mardi à tel endroit, je ne vois personne, il faut que je vienne le jeudi", pour dire de quoi. Donc c'est eux qui vont eux-mêmes adapter leur

offre de service, donc en ayant comme objectif de voir le plus de gens possible. Donc, l'adaptation de l'offre de service se fait plus à ce niveau-là. » I05

« Quelqu'un qui est trans*, je n'ai pas de préjugés, je vais rentrer puis j'aurais un souci... la question que je posais tantôt, c'est par souci, je l'aborderais : "Je vous appelle, *disons Benoit*, est-ce que ça crée un inconfort? je veux que vous soyez tout à fait libre de répondre". S'il me dit "Non, je suis confortable avec ça!", il n'y a pas de problème, j'ouvre la porte pour changer. [...] Ça serait facile d'établir le contact. » I08

Une seconde pratique mise en œuvre selon deux répondantes est le fait de reconnaître l'identité de genre des personnes même lorsque les documents d'identité civile n'ont pas été modifiés en ce sens. Ceci permettrait d'assurer un accueil adéquat et d'éviter des expériences négatives de premier contact. La mise en œuvre de cette pratique à l'égard des clientèles trans* au sein d'un point de services du CSSS à l'étude est décrite dans les propos suivants d'une des répondantes :

« C'est peut-être une anecdote que je vais vous dire, mais une des deux personnes que je côtoie, je sais qu'elle est en processus de changement de nom à l'état civil. Puis, j'ai remarqué en faisant un dossier à un moment donné que dans le... ce n'est pas fait, son changement est pas fait encore... mais qu'au CLSC, ils ont marqué entre parenthèses son futur nom. [...] Je ne sais pas si c'est fait automatiquement ou parce que la personne l'a demandé par contre, mais j'ai trouvé que c'était bien qu'ils reconnaissent que c'était pas juste le nom masculin parce qu'elle, elle se perçoit comme une femme. » I01

Une autre répondante mentionne également cette pratique telle que mise en œuvre par le personnel au sein de l'établissement :

« Mais, par exemple, ce qu'on fait dans nos milieux, puis ce que moi, j'ai vu souvent, c'est qu'on ne change pas le nom dans le système, mais on l'écrit. Souvent, on laisse des notes pour les réceptionnistes, quand cette personne va se présenter, elle va se présenter par exemple *Mélanie Tremblay*, ça ne sera pas *Claude Tremblay*. Fais qu'on laisse des notes puis on essaye le plus possible que les gens fassent attention à ça. Mais, c'est sûr que dans le système, le numéro d'assurance-maladie ne sera pas changé. Là, ça va être écrit son nom et entre parenthèses, le nom qu'il faut qu'on utilise. » I09

Il ressort par ailleurs que cette pratique est développée par les intervenants de première ligne en l'absence d'une stratégie organisationnelle en ce sens. Comme le montre l'extrait suivant des propos de la répondante I09, des pratiques existantes au sein de l'établissement peuvent être adaptées pour rejoindre spécifiquement les personnes trans* :

« Moi, j'ai vu des collants sur le dossier, à l'intérieur du dossier "Attention!", des notes, j'ai vu... Je peux peut-être vous montrer dans le système ici, on a des boutons [...], des boutons

ici “Urgence” qu’on allume. Quand il est allumé pour un client, ça veut dire qu’il y a une note très importante à aller lire avant de recevoir le client. Puis, souvent ça va être écrit “Attention, utilisez tel”. [...]. Des fois, ça va être ce type d’informations là, des fois ça va être d’autres informations pour un client qui serait agressif. C’est le genre d’endroits où ça va être noté. » I09

Finalement, une troisième pratique mise en œuvre afin de favoriser l’accessibilité des services de santé pour les personnes trans* est l’échange d’informations cliniques. Cette pratique se développerait en réponse au manque d’orientations spécifiques mises en place par l’organisation vis-à-vis de certaines clientèles. L’échange clinique serait favorable, selon la répondante I09, au développement des habiletés pour répondre adéquatement aux besoins des clientèles trans* :

« Ce que j’ai déjà vu, c’est se transférer de l’information. On a déjà fait des petites capsules dans des réunions : “Pour cette situation-là, tels services se donnent à tel endroit et puis bon on appelle telle personne, la référence doit être faite de telle façon”. Donc, pour se donner de l’information sur les trajectoires en lien avec ça. » I09

« C’est beaucoup comme ça qu’on travaille dans le fond, pour tout type de situations qui seraient plus rares, pas connues, pour lesquelles il n’y a pas lieu d’installer un programme officiel. On va se transmettre dans les réunions d’équipe, on va se nourrir de l’expérience de l’autre, telle personne qui a vu, qui a vécu la situation, qui a reçu le client, elle va parler de la situation, elle va partager avec ses collègues ce qu’elle a fait finalement pour répondre aux besoins. » I09

Conclusion

Il ressort que les procédés organisationnels favorables à l’accessibilité aux services de santé pour les personnes trans* se définissent notamment par une absence de barrières administratives. Ainsi, l’offre de services de santé à l’extérieur de la structure conventionnelle de l’établissement, soit au sein d’organisations communautaires et de lieux de socialisation, de même que le fait qu’il ne soit pas nécessaire de fournir un document d’identification pour obtenir, par exemple, certains services de dépistage des ITSS seraient des pratiques favorables à l’utilisation des soins de santé par les personnes trans*. Par ailleurs, la reconnaissance des identités trans* dans les formulaires administratifs telle

qu'appliquée au sein du secteur d'interventions en lien avec les ITSS serait favorable à la définition d'une offre de services adaptée aux besoins des personnes trans*.

Au niveau des procédés cliniques, l'ouverture et l'engagement vis-à-vis des clientèles trans* ont été identifiés comme deux pratiques positives dans la dispensation des soins. Dans le même sens, des pratiques concrètes sont mises en œuvre par le personnel au sein du CSSS à l'étude pour rejoindre les clientèles trans*. Ce sont l'adaptation de l'offre de services aux réalités de la clientèle trans*, l'insertion de notes aux dossiers des patients afin d'assurer une prise en compte adéquate de l'identité de genre à l'accueil et l'échange d'informations cliniques afin de développer des habiletés dans l'intervention.

Il y a une cohérence avec l'image de la vision organisationnelle du fait que ces pratiques sont développées par les intervenants de première ligne en l'absence d'orientations stratégiques du CSSS à l'étude en ce sens. De plus, ces pratiques émergent notamment dans le secteur d'interventions en lien avec les ITSS. Par ailleurs, l'ouverture et l'engagement vis-à-vis des clientèles trans* dans la dispensation de soins sont des pratiques favorisées par la valeur partagée de responsabilité populationnelle. Il y a également une cohérence avec le niveau de ressources en ce sens que le travail de proximité défini dans le cadre des stratégies vis-à-vis des clientèles vulnérables est favorable au développement d'une ouverture vis-à-vis des clientèles trans* et à l'adaptation de l'offre de services.

4.4.2 Pratiques et utilisation des services

Dans cette section, nous présenterons les pratiques organisationnelles et cliniques susceptibles d'influencer l'accessibilité aux services de santé identifiées du point de vue des utilisateurs. L'influence directe des pratiques identifiées dans la section précédente sur l'utilisation des services ne peut être mesurée. D'une part, les répondants n'ont pas rapporté des expériences de soins directement en lien avec celles-ci. D'autre part, l'influence des pratiques peut être mesurée uniquement du point de vue de l'expérience de soins vécue ou rapportée. L'expérience de soins décrit la façon dont les soins et les services reçus sont perçus ou ressentis par les personnes (Québec, 2008, p. 46). Ce sont les bonnes ou les mauvaises expériences dans les services de santé qui ont une influence sur l'utilisation des services.

4.4.2.1 Procédés organisationnels

L'ensemble des répondants ($n_1=7$) identifient l'utilisation de catégories de sexe limitatives dans les documents administratifs comme une pratique défavorable à l'accessibilité aux services de santé. La non-reconnaissance des identités trans* apparaît être un enjeu rencontré notamment par les utilisateurs des services de santé dont les documents d'identification ne reflètent pas l'apparence ou l'expression de genre, que ce soit au niveau du prénom ou de la mention de sexe y figurant. Ainsi, ceci peut se traduire par une expérience de soins négative selon les propos suivants d'une répondante :

« Une chose que je trouve un peu bizarre que ça soit au CLSC ou ailleurs, c'est que les gens vont me reconnaître tant et aussi longtemps que ce n'est pas des papiers. Parce que j'ai souvent demandé à quelque part quand j'avais des correspondances : "Arrêtez de mettre *Monsieur* là-dessus! À quelque part ça m'agresse" [...] Mais pourtant il y a des notes dans tous mes dossiers, à peu près à toutes les places que je fais affaire, que ce soit au CLSC, que ce soit à [Nom d'une source de soins], que ça soit même mon dentiste a une note, les notes sont partout... Mais à quelque part, je me côtoie encore avec des "Monsieur" partout, alors que dans le fond, ils auraient juste à ne pas le mettre. Je trouve ça extrêmement impoli. »
P06

De façon concrète, la répondante P06 décrit de quelle manière la non-reconnaissance de l'identité de genre pourrait influencer l'utilisation des services de santé en alimentant la peur de se faire associer à un genre ne correspondant pas au genre d'identification :

« Comme je dis, moi, j'ai été vraiment chanceuse, parce que j'ai deux prénoms et j'ai deux prénoms qui *font* pour les deux genres. Mais je ne sais pas si je m'appelais *Gaston*, où que les gens veuillent toujours m'appeler *Gaston* [...], ça aurait été extrêmement anxiogène pour moi. Et je le sais, parce que je fais de l'anxiété, donc pas grand-chose peut réussir à me déstabiliser. [...] Et ça, c'est une réalité que beaucoup de gens ont à vivre que justement le nom usuel dans les services de santé ne soit pas utilisé. C'est un peu un problème généralisé. » P06

La complexité du processus d'accès aux services spécialisés telle que perçue par la répondante P05 est identifiée comme une pratique défavorable à l'accessibilité aux services de santé. Plusieurs étapes sont nécessaires pour obtenir les services spécialisés relatifs à la transition de genre/sexe et peuvent apparaître ardues selon la répondante :

« D'après moi, je peux accéder à tous les services comme normal. Cependant ça ajoute une étape supplémentaire. Parce qu'il faut que j'aie une prescription, signer des formulaires et tout ça. Mais ça, c'est pour tout le monde d'autre qui n'est pas résident du Québec, donc ça ajoute une étape supplémentaire » P05a

« Bon c'était mon médecin [...] qui m'a rédigé une lettre de recommandation. Je ne sais pas, mais il fallait que j'aie cette lettre là pour accéder aux services de l'endocrinologie. Mais après ça, c'était facile. Mais, obtenir la lettre, ce n'était pas super facile [...] » P05b

Par ailleurs, cette pratique aurait un impact sur l'utilisation des services de santé en ce sens que la nécessité de posséder des références de professionnels de la santé pour accéder à certaines ressources peut devenir un obstacle à l'obtention de celles-ci selon les propos des répondants ci-dessous :

« Il y a des personnes que je connais personnellement qui ont été refusées par le prédécesseur de [Nom d'un spécialiste] parce qu'ils n'avaient pas deux lettres, alors que la plupart du temps, ça n'en prend qu'une. » P07

« Je voulais aussi me joindre à [Nom d'une ressource communautaire du territoire]. Cependant c'est vraiment strict d'y entrer, c'est... Il faut avoir une lettre du médecin signée, il faut les rencontrer, puis il y a vraiment cinq différentes étapes qui le rend très difficile [...] » P05

4.4.2.2 Procédés cliniques

Les données narratives des répondants ($n_1=7$) ont permis d'identifier des procédés liés à l'accueil et aux activités de dispensation des soins par le personnel de santé qui auraient une influence sur l'accessibilité des services de santé.

Au niveau de l'accueil qui représente le premier contact avec la source de soins, l'ouverture vis-à-vis des réalités trans* est identifiée comme une pratique déterminante d'une expérience positive de soins. Dans le cas précis du CSSS à l'étude, l'interaction avec le personnel à l'accueil est évaluée positivement par la majorité des utilisateurs. Ainsi, selon les propos de la répondante P02, c'est une pratique qui serait favorable à l'utilisation des services de santé de l'établissement du fait qu'elle fait tomber les obstacles liés à la peur de vivre de la transphobie :

« Je sais que les secrétaires, tout ça, les gens de l'administration sont très respectueux quand même, même si ça peut être la première fois qu'on te voit. Ils sont comme plus... ils restent professionnels... Je ne suis pas tombée sur quelqu'un que je me sentais jugée. Comme je dis, c'est vraiment la peur, l'appréhension qui est plus là. » P02

À l'inverse, le manque d'ouverture influencerait négativement la qualité de l'expérience de soins. Selon le répondant P04, un manque d'ouverture au moment du premier contact avec la source de soins peut se traduire par une attitude voyeuriste vis-à-vis des personnes trans* :

« Ce que j'ai trouvé moins bien, c'est que, quand je suis arrivé... je ne sais pas, d'emblée je pense que j'ai dit que j'étais trans*, je le dis toujours. Puis là, la psychologue à l'orientation/évaluation, elle a commencé à me poser des questions sur ma transition "Ah ouais, ça fait combien de temps? Ta famille, elle a pris comment?" J'ai trouvé que c'était comme trop de curiosité pour un rien. » P04

De même, la reconnaissance de l'identité de genre au niveau du premier contact avec la source de soins est identifiée comme une pratique favorable à l'accessibilité aux services de santé. Selon la répondante P06, c'est une pratique qui définirait l'évaluation positive de l'expérience de soins en ce sens : « [...] Je lui ai dit, elle a *switché* au féminin tout de suite. Ça, ça a bien été pour ça. Donc à date, j'ai eu un très bon accueil ». Pour la répondante P05,

cette pratique peut se traduire par l'usage du nom ou prénom adéquat dans les salles d'attente des établissements de santé et enlèverait un frein à l'utilisation des services : « Je me demande s'ils pourraient utiliser le nom social peut-être avec les patients puis dans les salles d'attente ». À l'inverse, la non-reconnaissance de l'identité de genre déterminerait une évaluation négative de l'expérience de soins, susceptible d'influencer dans le même sens l'utilisation des services de santé. L'extrait suivant suggère cette relation :

« Je me souviens [...] j'avais fait comme une... pas une psychose, mais il y avait tellement à dire que j'ai eu comme des idées suicidaires. [...] Puis, ce que je me souviens, c'est que la dame à la réception, elle m'appelait par mon prénom masculin alors que je disais "je suis une fille"... c'est là que ça a commencé comme à resurgir là. Donc je sentais que la collaboration n'était pas nécessairement là, c'était comme : "le gars est en panique" » P02

Dans la dispensation de soins, l'ouverture aux réalités trans* est également identifiée comme une pratique favorable à l'accessibilité des services de santé. L'absence d'ouverture pourrait se traduire par un traitement inapproprié de l'identité trans* dans la dispensation de soins. Ainsi, pour la répondante P05, ceci déterminerait une évaluation négative de l'expérience de soins en ces termes : « [...] C'était correct, mais il y a des intervenants qui me demandaient des questions vraiment inconfortables, qui n'étaient pas vraiment appropriées [...] ». À l'inverse, l'ouverture se définirait par une prise en compte adéquate de l'identité trans* dans la dispensation des soins. En ce sens, le répondant P04 évalue positivement une expérience de soins au sein du CSSS à l'étude en ces termes :

« La première chose, c'est que j'ai trouvé qu'ils ont bien fait ça : ils en ont tenu compte dans mon évaluation psychiatrique, mais ils n'ont pas focusé là dessus. *Faque* ça, je trouvais ça bien qu'ils ne disent pas "Ah c'est à cause de ça!", surtout que ma transition est faite. Puis je leur ai dit "C'est pas ma transition que je viens vous parler, c'est d'autre chose". Ça, c'est vraiment... j'ai trouvé ça bien. » P04

Dans la dispensation des soins, la reconnaissance des besoins des personnes trans* est identifiée comme une seconde pratique positive. Le fait de ne pas valider les besoins exprimés par les clientèles trans* influencerait négativement l'utilisation d'une source de soins donnée, comme le traduisent les propos de la répondante P06 :

« Je vois vraiment de la réticence de la part de mon médecin de famille à la Clinique médicale [Nom d'une clinique sur le territoire] à me donner mes références pour que je puisse voir un psychologue, psychiatre ou même un endocrinologue pour pouvoir avancer dans mon cheminement. C'est extrêmement frustrant, je la revois justement la semaine prochaine et la dernière fois, je lui avais demandé pour des lettres de référence, elle n'avait

pas l'air de me prendre trop trop au sérieux puis tout ça. [...] Sinon, j'ai l'impression que je vais être obligée d'aller chercher mes références aux [Cliniques] sans rendez-vous ou quelque chose de même. C'est assez, c'est ennuyant parce que dans le fond, ça me retarde dans mon cheminement. » P06

Par ailleurs, la non-reconnaissance des besoins des personnes trans* pourrait également influencer l'utilisation des services de santé en augmentant le délai d'obtention des services, suivant les propos du répondant P04 au sujet d'une expérience de soins vécue à l'extérieur du territoire du CSSS à l'étude :

« Puis même pour avoir mon hystérectomie, je me rappelle, j'en avais besoin pour mon changement de sexe, je me rappelle qu'eux, ils ne voyaient pas la pertinence clinique, ils ne comprenaient pas trop pourquoi. Puis là, ils me mettaient en bas de la liste. Ça faisait un an que j'attendais puis là, c'était comme "Je vais vous rappeler dans trois mois... Rappelez dans trois mois! Rappelez dans trois mois!" [...] *Faque* c'est quand même... Je trouvais que ce n'était pas très facilitant. » P04

Une autre pratique positive entrant en compte dans la dispensation des soins serait le fait de posséder, pour le professionnel de santé, des connaissances médicales sur les soins reliés à la transition de genre/sexe. Elle peut également se traduire par le fait de connaître des ressources adéquates vers lesquelles orienter les clientèles trans* selon les propos du répondant P04. Le contact avec un professionnel de santé ayant des connaissances médicales sur les soins reliés à la transition de genre/sexe influencerait positivement l'évaluation de l'expérience de soins comme le traduit la répondante P02 :

« Très excellents services du côté de la sexologue, c'est une personne avec une grande compréhension et elle est formée pour ça... Puis je pense, ça fait une dizaine d'années... je pense qu'elle est *précurseure* dans son domaine. Puis avec elle, on *jase*, on discute vraiment [...] et je vois vraiment des résultats. Donc, je suis très satisfaite. »

À l'inverse, le manque de connaissances médicales relatives à la transsexualité de la part de la source de soins influencerait négativement l'utilisation des services de santé en déterminant les intentions d'utilisation, comme suggère le répondant P04 au sujet d'une expérience de soins au sein du CSSS à l'étude :

« [...] Mais une fois quand on était assis dans le bureau, elle a fait l'évaluation [...]. Fais que j'ai trouvé que c'était vraiment professionnel puis... Puis elle avait de l'air... c'est sûr que je ne sais pas si j'avais consulté pour mon identité de genre si elle aurait été ouverte par exemple, parce que je ne la sentais pas super à l'aise avec ça nécessairement. » P04

Finalement, dans la dispensation de soins, l'ouverture à offrir des soins de santé aux personnes trans* est identifiée comme une pratique positive. En effet, selon les propos de la répondante P07, certains spécialistes seraient susceptibles de refuser de fournir des services de santé aux personnes trans* en lien avec la transition de genre/sexe en ce sens : « Il y a beaucoup de psychiatres et de psychologues qui refusent de rencontrer les trans* aussitôt qu'on leur dit. En prétextant, même avec 15 ans d'expérience, qu'ils n'ont pas de connaissances et ne veulent pas s'embarquer là-dedans ». À l'inverse, l'ouverture d'un professionnel à répondre aux besoins de santé des personnes trans* se traduirait par le fait de mettre en œuvre des moyens pour acquérir des compétences et des connaissances sur les soins reliés à la transsexualité :

« [...] Mon propre médecin de famille n'avait jamais traité de personne trans* [...] C'est un excellent médecin, il se documente beaucoup, mais il apprend en même temps que moi et il consulte. Je pense que le deuxième aspect, une fois l'ouverture faite et la réalisation faite qu'il y a une clientèle [...], il faut prendre de l'expérience, puis il faut avoir le désir d'aller suivre au moins une formation, un peu comme ma psychologue l'a fait. » P07

Par ailleurs, la démonstration d'une ouverture à offrir des services aux personnes trans* par la source de soins aurait une influence positive sur l'utilisation des services, comme le suggèrent les propos de la répondante P01 :

« Donc ça, ça a super bien été, l'approche était exceptionnelle! [...] Même quand ils ont su que j'allais avoir l'opération, ils m'ont envoyé une belle lettre écrite par la poste disant : "Félicitations! Bonne chance! Puis si vous avez besoin de nos services en orthophonie, on va être là pour vous" ».

Conclusion

Il ressort que la reconnaissance de l'existence des réalités et des besoins des personnes trans* ainsi que l'ouverture vis-à-vis des personnes trans* sont deux dénominateurs communs des pratiques favorables à l'accessibilité aux services de santé. D'une part, la reconnaissance de l'existence des réalités trans* peut se traduire au niveau des procédés organisationnels par l'usage de formalités administratives non restrictives concernant les identités de genre. Au niveau des procédés cliniques, elle peut se traduire par l'utilisation du nom ou prénom adéquat et la reconnaissance de la pertinence clinique des besoins de santé spécifiques des clientèles trans*. D'autre part, l'ouverture aux réalités trans* se traduirait au niveau des procédés cliniques par l'absence d'une attitude voyeuriste à l'égard des personnes trans* au moment du premier contact avec la source de soins, par une inclusion appropriée de l'identité trans* dans la dispensation des soins et par une ouverture à répondre aux besoins de santé spécifiques des personnes trans*. Il apparaît que ces pratiques déterminent de façon notable l'évaluation de l'expérience de soins qui à son tour, influencerait l'utilisation des services de santé.

Certaines expériences de soins des répondants ont été mises en lien avec des pratiques existantes au sein du CSSS à l'étude telles qu'identifiées dans la première partie de cette section. L'ouverture vis-à-vis des personnes trans* lors des expériences à l'accueil et dans la dispensation des soins avec le personnel a une influence positive sur l'utilisation et les intentions d'utilisation des services de santé de l'établissement. De même, l'adaptation de l'offre de services afin de prendre en compte l'identité trans* ainsi que l'engagement mis en œuvre afin d'assurer une orientation vers des ressources adéquates ont déterminé deux expériences positives des soins. Par ailleurs, au vu des obstacles identifiés par certains répondants, le processus simplifié d'accès aux soins de santé et l'absence de barrières administratives qu'offre le travail de proximité peuvent être établis comme des pratiques susceptibles d'avoir une influence positive sur l'utilisation des services de santé.

CHAPITRE 5 – DISCUSSION

Deux questions de recherche ont orienté la présente étude. Il s'agissait d'une part, de comprendre la manière dont les déterminants organisationnels influencent l'accessibilité aux services de santé pour les personnes trans*. D'autre part, il était question d'identifier les pratiques existantes au sein de l'établissement de santé à l'étude qui sont favorables à l'accessibilité des services de santé pour les personnes trans*. Afin de répondre à ces questions de recherche, nous avons émis le postulat selon lequel l'utilisation des services de santé résulte de l'action coordonnée de la vision, des ressources et des pratiques d'une organisation de santé suivant une adaptation du modèle de Donabedian (2003). Selon nos hypothèses, l'absence du mécanisme d'effacement (Bauer et al., 2009) dans chacune des caractéristiques organisationnelles serait positivement reliée à l'utilisation des services de santé par les personnes trans*. Nous avons donc évalué de manière consécutive l'effet de chaque caractéristique organisationnelle sur l'utilisation des services de santé.

Dans un premier temps, l'analyse des données a permis de cerner la manière dont la vision organisationnelle pourrait influencer l'utilisation des services de santé. Il apparaît que cette caractéristique organisationnelle influencerait de manière indirecte l'utilisation des services de santé en modulant les intentions d'utilisation. La littérature suggère qu'une ouverture vis-à-vis des personnes trans* au niveau de la vision organisationnelle peut être favorable à l'utilisation des ressources par cette population (Snelgrove et al., 2012). Les résultats de cette recherche montrent que la vision de l'établissement de santé à l'étude ne communique pas de manière explicite une ouverture et un engagement à l'égard des personnes trans* de son territoire. De ce fait, les répondants ($n_1=7$) entretiennent une opinion négative quant à l'ouverture et la capacité de l'établissement à accueillir des clientèles trans*. En ce sens, la vision organisationnelle telle que perçue influence négativement leur propension à utiliser les services de santé en augmentant le temps de recours aux soins.

Cependant, les résultats de cette recherche démontrent également que, bien que l'ensemble des répondants ($n_1=7$) ne perçoivent pas l'établissement à l'étude comme inclusif des

réalités trans* (*trans freindly*), une majorité utilise les services d'une manière régulière. Ceci peut être interprété par le mandat de *responsabilité populationnelle* qui transparait dans la vision et l'offre de services du CSSS à l'étude. De plus, on peut comprendre que la vision organisationnelle ne déterminerait pas à elle seule l'utilisation des services de santé. Il faut tenir compte des autres caractéristiques organisationnelles pour cerner le phénomène dans son ensemble.

Ces résultats suggèrent néanmoins que l'une des pistes d'action pour les établissements de santé afin de rejoindre les clientèles trans* serait de communiquer une ouverture et un engagement vis-à-vis de cette clientèle. Ceci pourrait se traduire concrètement par le fait de nommer de manière explicite les personnes trans* comme une clientèle cible de l'offre de services et d'émettre des orientations stratégiques vis-à-vis de cette clientèle. Il s'agirait dès lors dans un premier temps de mieux connaître les caractéristiques et les besoins en matière de santé des personnes trans*. En effet, dans le cas de l'établissement de santé faisant l'objet de notre étude, il apparaît que la méconnaissance des clientèles trans* du territoire sous-tend le mécanisme d'*effacement* (Baeur et al., 2009) au niveau de la vision organisationnelle et détermine l'absence d'orientations stratégiques vis-à-vis de ce groupe de la population. Par ailleurs, notre modèle conceptuel, suivant la configuration de Lamarche (2007), établit que la vision organisationnelle détermine le niveau des ressources. En ce sens, l'absence d'orientations stratégiques vis-à-vis des personnes trans* au niveau de la vision de l'établissement de santé à l'étude s'est traduite par une absence de ressources matérielles et humaines spécifiquement dédiées aux clientèles trans*.

Un constat général peut être établi sur le fait que l'intérêt démontré par le Gouvernement du Québec à travers le *Plan d'action gouvernemental de lutte contre l'homophobie 2011-2016* ne s'est pas matérialisé au niveau des établissements de santé de la région. Le même constat s'établit au sujet des recommandations formulées par le Comité consultatif sur la santé physique, psychologique et sociale des lesbiennes, gais, bisexuels et transsexuels mis sur pied par l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale (ASSS, 2009, p. 97). La planification stratégique du CSSS à l'étude ne prend pas en compte les objectifs énoncés par ces instances. Néanmoins, les conclusions de la présente recherche suggèrent

que l'existence même de ces politiques gouvernementales est un élément du contexte externe susceptible de communiquer une opinion positive au sujet de l'ouverture des établissements de santé de la région aux réalités des personnes trans* et par le fait même, d'influencer positivement l'utilisation des services de santé.

Dans un second temps, l'analyse des données a permis de cerner la manière dont le niveau de ressources influence l'utilisation des services de santé. Il apparaît que les notions de disponibilité et d'adéquation des services entrent en compte dans la relation entre le niveau de ressources et l'utilisation des services de santé par les personnes trans*. Selon les résultats de la présente recherche, la disponibilité des services généraux et leur adéquation d'une manière générale aux besoins des personnes trans* au sein du CSSS à l'étude déterminent leur utilisation effective par la majorité des répondants ($n_1=7$). Dans le cas des services spécialisés relatifs à la transsexualité, la rareté notamment la perception d'une rareté de ce type de services sur le territoire contraint les répondants à se diriger vers d'autres sources de soins situées à l'extérieur du territoire. À l'inverse, la disponibilité notamment la perception d'une disponibilité des services spécialisés relatifs à la transsexualité influence positivement les intentions d'utilisation. Ces résultats sont cohérents avec la littérature en ce sens (Singh et *al.*, 2014).

Les résultats de la présente recherche montrent également que l'utilisation effective des services de santé est déterminée par l'adéquation de ceux-ci aux besoins des personnes trans*. Il apparaît que l'adéquation des ressources se définirait par une offre de services qui répond aux besoins en matière de santé des clientèles trans* et par la sensibilité des dispensateurs de soins aux réalités et aux besoins des personnes trans*. En ce sens, l'inadéquation des services spécialisés aux besoins de santé liés à la transition de genre/sexe au sein du CSSS à l'étude justifie le recours aux établissements privés et aux ressources situées à l'extérieur du territoire. La disponibilité des ressources humaines adéquates détermine la propension et l'utilisation effective des services de santé par les répondants de l'étude ($n_1=7$) ainsi que la rétention au sein de la source de soins.

Il ressort que, la compétition exercée par d'autres sources de soins entre en compte dans la relation entre le niveau de ressources et l'utilisation des services de santé et explique la sous-utilisation des ressources du CSSS à l'étude par les répondants ($n_1=7$). De plus, les caractéristiques individuelles des utilisateurs modulent cette relation en déterminant une sous-utilisation, voire un évitement des services de santé par l'appréhension de vivre la transphobie. Finalement, les barrières systémiques liées au contexte social de marginalisation des personnes trans* peuvent nuire à l'admissibilité aux services de santé en déterminant la possession de documents d'identification conformes.

Ces résultats suggèrent que les pistes d'actions en vue de favoriser l'accessibilité aux services de santé pour les personnes trans* se situent d'une part au niveau du développement et l'adaptation de l'offre de services de santé afin de cibler de manière spécifique les besoins en matière de santé des clientèles trans*. Cette piste d'action est supportée par la littérature qui identifie le manque de services de santé adéquats comme une barrière à l'accès aux soins de santé pour les personnes trans* (Sanchez et *al.*, 2009, Xavier et *al.*, 2013). Par ailleurs, la mise en œuvre de stratégies en ce sens suppose d'adresser certaines barrières à l'utilisation qui ont été mises en évidence dans la présente recherche ainsi que dans les recherches antérieures. Il s'agit notamment du coût des services et des barrières administratives dans l'accès aux différents niveaux de soins de santé (Grant et *al.*, 2010, Asst[e] q, 2012, Xavier et *al.*, 2013). D'autre part, les pistes d'actions se situent au niveau de l'habilitation du personnel de santé à répondre aux besoins des personnes trans*. En effet, la présente recherche a relevé que la difficulté d'accès à des professionnels de la santé possédant des connaissances médicales au sujet de la transsexualité constitue une barrière à l'utilisation des services de santé par les personnes trans*. Cette barrière a également été identifiée dans les recherches antérieures (Xavier et *al.*, 2005; Garofalo, 2006; Sanchez et *al.*, 2009). De même, la présente recherche a relevé la manière dont des attitudes négatives du personnel de santé vis-à-vis des personnes trans* peuvent nuire à l'admissibilité au sein des services de santé disponibles.

Le développement de ressources spécifiques à l'intention des personnes trans* peut représenter un enjeu particulier pour l'organisation de santé considérant le faible nombre

d'individus concernés et l'hétérogénéité au sein de cette population. Certains défis dans la mise en œuvre de stratégies en ce sens ont été identifiés dans la littérature. Le développement de ressources de santé spécialisées au sein d'un seul établissement serait susceptible d'entraîner un désengagement des autres établissements de la région (ghettoïsation), maintenant ainsi un niveau de ressources limité pour les personnes trans* (Dumas, 2013; Snelgrove, 2012). Ceci avance la nécessité d'inscrire le développement de l'offre de services dans le cadre d'une stratégie globale. Par ailleurs, le roulement du personnel au sein des établissements de même que la difficulté de mobiliser le personnel au vu de la compétition d'autres activités de formations sont les défis identifiés au niveau de l'habilitation des ressources humaines (Dumas, 2013; Lurie, 2005).

La présente recherche suggère des leviers d'action à travers la mise en évidence des éléments facilitant l'utilisation des services de santé. En effet, l'offre de services de santé par le biais du travail de proximité auprès de la clientèle ou d'organisations communautaires a été identifiée comme un élément pouvant faciliter l'utilisation des services de santé par les personnes trans*. Cette stratégie déjà mise en œuvre à l'égard d'autres clientèles vulnérables au sein du CSSS à l'étude serait favorable à l'adaptation de l'offre de services. De plus, la présente recherche a relevé que le travail de proximité auprès des populations trans* favoriserait l'amélioration des compétences du personnel en ce sens, dans la mesure où il permet de mieux connaître les besoins des clientèles. Au même titre, la présence de structures permettant d'intervenir directement sur la qualité des soins offerts et la présence au sein des effectifs, d'intervenants ayant une sensibilité aux réalités des minorités sexuelles ont été identifiés comme des éléments favorables à l'amélioration des compétences du personnel vis-à-vis des clientèles trans*.

Finalement, dans un troisième temps, l'analyse des données a tenté de cerner la manière dont les pratiques organisationnelles influencent l'utilisation des services de santé. Dans le même sens, il s'agissait d'identifier les pratiques favorables à l'accès déjà existantes au sein de l'établissement de santé à l'étude, afin de répondre à notre deuxième question de recherche. Les résultats de cette recherche montrent qu'une ouverture vis-à-vis de la diversité des identités de genre au moment du premier contact avec la source de soins ainsi

que dans les activités de dispensation des soins est associée à des expériences positives de soins pour les répondants de l'étude ($n_1=7$). À l'inverse, un traitement inadéquat des identités de genre détermine les expériences négatives de soins des répondants ne favorisant pas l'utilisation des services de santé. De plus, une sensibilité aux réalités et aux besoins en matière de santé des personnes trans* dans les activités de dispensation de soins est associée à des expériences positives de soins pour les répondants de l'étude ($n_1=7$) et influence positivement la propension à utiliser les services de santé. Finalement, la responsabilité et l'engagement vis-à-vis des clientèles trans* supposent de faire des efforts d'adaptation dans l'offre de soins et de faciliter la continuité des soins de santé selon les répondants de l'étude. Il en découle des expériences positives de soins favorables à l'utilisation des services de santé. Les pratiques positives identifiées constituent autant de pratiques à valoriser ou à développer au sein des établissements de santé dans le cadre d'actions en vue d'améliorer l'accessibilité aux services de santé pour les personnes trans*.

La cohérence entre les caractéristiques organisationnelles suivant la conception de Lamarche (2007) de notre modèle conceptuel supposerait une absence de pratiques spécifiquement définies à l'intention des clientèles trans* au sein de l'établissement de santé à l'étude. Or, contrairement à la logique du modèle conceptuel et à nos hypothèses, des pratiques spécifiques à l'intention des personnes trans* ont été identifiées au sein du CSSS à l'étude. Ce sont la reconnaissance des identités trans* dans les formulaires administratifs et l'adaptation des activités de dispensation de soins afin d'inclure les réalités trans*. Ces pratiques ont notamment été identifiées dans le secteur d'interventions en lien avec les ITSS qui a développé par ailleurs une sensibilité vis-à-vis des personnes trans* et des ressources à l'intention de cette clientèle malgré l'absence d'orientations stratégiques provenant de la haute direction. Une part de l'explication réside dans le fait que ces pratiques positives identifiées s'inscrivent dans les stratégies générales du CSSS à l'étude en vue de rejoindre les clientèles vulnérables et désaffiliées (*reaching-out*). Par ailleurs, le cadre conceptuel de Donabedian (2003) suppose une interdépendance entre les différentes dimensions du modèle qui agissent d'une manière cyclique en ce sens que la dimension *Résultats* agirait sur la dimension *Structure*. Ceci suggère que l'intervention des professionnels de première ligne auprès des clientèles trans* définirait une ouverture aux

besoins et aux réalités de cette clientèle se traduisant par la suite par le développement de pratiques inclusives.

La première limite de cette recherche tient au fait que l'influence directe des pratiques sur l'utilisation des services de santé n'a pu être évaluée. Les répondants ($n_1=7$) n'ont pas rapporté d'expériences de soins, notamment au sein de services en lien avec les ITSS qui auraient permis de cerner l'influence des pratiques identifiées. La seconde limite de la recherche se situe au niveau de l'échantillonnage. En effet, il existe un biais au niveau des répondants provenant du CSSS à l'étude. La majorité des répondants ($n_2=9$) proviennent du secteur d'interventions auprès de clientèles vulnérables, notamment en lien avec les ITSS. On peut soupçonner que du fait de leur mandat, un intérêt à participer à cette recherche était plus présent. Par ailleurs, il n'était pas possible de documenter les pratiques défavorables à l'accès auprès de ces derniers à cause du biais potentiel. Le biais dans l'échantillonnage ne semble pas s'être manifesté au niveau des répondants trans*.

La crédibilité de cette recherche est assurée par l'utilisation de multiples sources de données (entrevues et données documentaires) (Fortin, 2010, p. 284). L'utilisation d'un cadre conceptuel ainsi que l'explication de l'influence du contexte d'étude, soit le contexte sociopolitique au Québec et l'organisation du système de santé québécois, permettront d'assurer la transférabilité de cette recherche.

CONCLUSION

Cette recherche visait d'une part à comprendre la manière dont les déterminants organisationnels influencent l'accessibilité aux services de santé pour les personnes trans*. D'autre part, elle visait à documenter les pratiques déjà existantes au sein des établissements de santé, qui sont favorables à l'accessibilité aux services de santé pour les personnes trans*. La pertinence de cette recherche résidait donc dans le fait de s'intéresser aux facteurs organisationnels pour expliquer la problématique à l'étude.

Nous avons établi que la vision organisationnelle telle que communiquée peut agir sur les intentions d'utilisation des services de santé. De plus, une relation directe a été établie entre le niveau de ressources matérielles et humaines et l'utilisation des services de santé par les personnes trans*. En ce sens, la disponibilité de ressources adaptées aux besoins des personnes trans* est liée à une utilisation effective de celles-ci. À l'inverse, la non-disponibilité des services de santé adéquats au sein de l'établissement de santé à l'étude a été associée au recours à d'autres sources de soins au sein du secteur privé et à l'extérieur du territoire. Finalement, il ressort que les pratiques organisationnelles positives se définissent par une ouverture vis-à-vis des personnes trans* et une prise en compte des besoins des personnes trans* dans les activités de dispensation de soins. Nous avons cerné par ailleurs l'influence du contexte externe de l'organisation ainsi que des obstacles et des facilitateurs à l'utilisation des services de santé par les personnes trans*.

Il semble donc qu'une configuration particulière de la vision, des ressources et des pratiques définissant une organisation de santé est susceptible d'influencer l'accessibilité aux services de santé pour les personnes trans*. Le cas particulier du secteur d'interventions en lien avec les ITSS au sein de l'établissement de santé faisant l'objet de notre étude suggère par ailleurs l'existence d'une relation inverse. Il s'agit de l'influence que les utilisateurs exerceraient sur la dimension organisationnelle qui peut définir l'accessibilité par la suite. Les recherches futures ayant trait à l'accès aux services de santé pour les personnes trans* et pour d'autres clientèles marginalisées pourraient porter sur

l'exploration de cette relation. De plus, des recherches futures s'inscrivant dans d'autres contextes organisationnels seraient nécessaires afin de consolider les relations identifiées dans la présente étude et de mieux comprendre les facteurs organisationnels pouvant expliquer les inégalités d'accès aux services de santé pour les personnes trans*.

Malgré l'intérêt politique au Québec pour la problématique de l'accès aux services de santé pour les personnes trans*, il y a peu de données probantes pour orienter le développement d'actions concrètes. Sur le plan théorique, cette recherche contribue donc à l'amélioration des connaissances en ce sens. Des recherches futures au sein de la discipline de l'administration publique portant spécifiquement sur les populations trans* demeurent nécessaires pour l'avancement des connaissances. Sur le plan pratique, cette recherche suggère des orientations pour le développement et la mise en œuvre de stratégies au niveau des organisations de santé pour mieux rejoindre les clientèles trans*. Elle avance notamment la nécessité de développer et d'adapter l'offre de services aux besoins des personnes trans* ainsi que de soutenir des pratiques inclusives des réalités des personnes trans* dans la dispensation des soins. Elle suggère que les actions en ce sens doivent s'inscrire dans une stratégie globale afin d'adresser les inégalités sociales.

BIBLIOGRAPHIE ET RÉFÉRENCES

Action Santé Travesti(e) s et Transsexuel (le) s du Québec (ASTT[e] Q). *Je m'engage : Un Manuel pour les professionnels de la santé et des services sociaux qui travaillent avec des personnes trans*, Repéré à <http://santetranshealth.org/jemengage/guide-contents/terms-and-definitions/>

Adams, A., Lundie, M., Marshall, Z., Pires, R., Scanlon, K., Scheim, A. et Smith, T. (2008). *Getting primed : Informing HIV prevention with gay/bi/queer trans men in Ontario, Toronto. Ontario : Ministry of Health and Long-Term Care*. Repéré à http://www.researchgate.net/publication/266456163_Getting_Primed_Informing_HIV_Prevention_with_GayBiQueer_Trans_Men_in_Ontario

Aday, L. A. et Andersen, R. M. (1974). A framework for the study of access to medical care. *Health Services Research*, 9 (3), 208-220. Repéré à <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1071804/pdf/hsresearch00560-0030.pdf>

Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale. (2009). *Diversité sexuelle et réseau de la santé : Des actions pour contrer l'homophobie*. Repéré à http://www.rsss03.gouv.qc.ca/pdf/Rapport_LGBT_Web.pdf

American Psychiatric Association (2013). *Gender dysphoria*. Repéré à www.psych.org/.../5/DSM-5-Gender-Dysphoria.pdf

Andersen, R. M. (1995). Revisiting the behavioral model and access to medical care: Does it matter?. *Journal of Health and Social Behavior*, 36 (1), 1-10. Repéré à <http://www.jstor.org/stable/2137284>

Assemblée nationale (2013). *Loi modifiant le Code civil en matière d'état civil, de successions et de publicité des droits*. Repéré à <http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=5&file=2013C27F.PDF>

ASTTeQ. (2012). *Un guide de santé et de survie pour les personnes trans du Québec*. Repéré à <http://www.catie.ca/sites/default/files/Je%20me%20re%20fe%20re%20FOR%20DISTRO.pdf>

ATQ. (2013, 27 septembre). *Création d'un groupe trans de l'ATQ à Québec!* Repéré à <http://www.atq1980.org/archives/actualite/groupe-trans-de-latq-a-quebec/>

Bauer, G. (2012). *Trans Ontarians' Sex Designations on Federal and Provincial Identity Documents: A Report Prepared for the Canadian Human Rights Commission*. Repéré à <http://transpulseproject.ca/research/trans-ontarians-sex-designations-on-federal-and-provincial-identity-documents>

Bauer, G., Hammond, R., Travers, R., Kaay, M., K. Hohenadel, M. et Boyce, M. (2009). I don't think this is theoretical; this is our lives : How erasure impacts health care for transgender people. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 20 (5), 348–361. doi:10.1016/j.jana.2009.07.004

Bauer G., Redman, N., Bradley, K. et Scheim, A. (2013). Sexual Health of Trans Men who are Gay, Bisexual or who Have Sex with Men : Results from Ontario, Canada. *International Journal of Transgenderism*, 14 (2), 66-74. doi : 10.1080/15532739.2013.791650

Bauer, G. R., Travers, R., Scanlon, K. et Coleman, T. A. (2012). High heterogeneity of HIV-related sexual risk among transgender people in Ontario, Canada: A Province-wide Respondent-driven Sampling Survey. *BMC Public Health*, 12 (1), 292-303. doi : 10.1186/1471-2458-12-292.

Braveman, P. (2006). Health Disparities and Health Equality: Concepts and Measurement. *Annual Review of Public Health*, 27 (1), 167–194. doi : 10.1146/annurev.publhealth.27.021405.102103

Braveman, P. (2014). What are Health Disparities and Health Equity? We Need to be Clear. *Public Health Reports*, 129 (2), 5-8. Repéré à <http://www.publichealthreports.org/issueopen.cfm?articleID=3074>

Bureau, M.-F et Sauvé, J.-S. (2011). Changement de sexe et état civil au Québec : critique d'une approche législative archaïque. *Revue de droit de l'Université de Sherbrooke*, 41 (1), 1-50. Repéré à https://www.usherbrooke.ca/droit/fileadmin/sites/droit/documents/RDUS/volume_41/41-1-bureau.PDF

CATIE. (2012). *Le Sexe au féminin : un guide de santé sexuelle pour les femmes queer*. Repéré à http://librarypdf.catie.ca/pdf/ATI-20000s/26405_F.pdf

Chapman, R., Watkins, R., Zappia, T., Combs, S. et Shields, L. (2012). Second-Level Hospital Health Professionals Attitudes to Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender Parents Seeking Health for Their Children. *Journal of clinical nursing*, 21 (5-6), 880-87. doi : 10.1111/j.1365-2702.2011.03938.x

Chen, S., McFarland, W., Thompson, H. M. et Raymond, H. F. (2011). Transmen in San Francisco : What Do We Know From HIV Test Site Data? *AIDS & Behaviour*, 15 (3), 659–662. doi 10.1007/s10461-010-9859-9

Clements-Nolle, K., Marx, R., Guzman, R. et Katz, M. (2001). HIV Prevalence, Risk behaviors, Health Care Use, and Mental Health status of Transgender Persons: Implications for Public Health Intervention. *American Journal of Public Health*, 91 (6), 915-921. Repéré à <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1446468/>

Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse. (2007). *De l'égalité juridique à l'égalité sociale. Vers une stratégie nationale de lutte contre l'homophobie*, Montréal. Repéré à http://www.cdpedj.qc.ca/publications/rapport_homophobie.pdf

Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse. (2015). *Commentaires sur le projet de règlement modifiant le règlement relatif au changement de nom et d'autres qualités de l'état civil*. Repéré à http://www.cdpedj.qc.ca/Publications/commentaires_etat-civil_trans.pdf

CSSS de la Vieille-Capitale. (2013). *Le territoire du CSSS de la Vieille-Capitale et sa population*. Repéré à <http://www.csssvc.qc.ca/organisation/territoire.php>.

CSSS de la Vieille-Capitale. (2015). *Dépistage des ITSS (MTS), du VIH, du sida et des hépatites*. Repéré à http://www.csssvc.qc.ca/services/ssa_depistageITSS.php

Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. (2011). *Rapport descriptif global de l'enquête populationnelle sur l'expérience de soins à Montréal et en Montérégie*. Repéré à http://www.dsp.santemontreal.qc.ca/dossiers_thematiques/services_preventifs/thematique_sante_des_populations_et_services_de_sante/documentation.html

Donabedian, A. (1973). *Aspects of medical care administration: Specifying requirements for health care*. Cambridge, MA : Harvard University Press.

Donabedian, A. (1992). The role of outcomes in quality assessment and assurance. *Quarterly Review Bulletin*, 18 (11), 356-360. Repéré à <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1465293>

Donabedian A. (2003). *An Introduction to Quality Assurance in Health Care*. New York : Oxford University Press, p. 45-55.

Dumas, Jean. (2013). L'évaluation des services sociaux et de santé offerts aux minorités sexuelles par le CSSS Jeanne-Mance. *Service social*, 59 (1), 63-80. doi : 10.7202/1017479ar

Feldman, J. L. et J. M. Goldberg (2006). Transgender Primary Medical Care. *International Journal of Transgenderism*, 9 (3-4), 3-34. doi : 10.1300/J485v09n03_02

Fortin, Marie-Fabienne (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche : Méthodes quantitatives et qualitatives, Vol. 2*, Montréal, QC : Chenelière éducation.

Frederickson, H. G. (1990). Public Administration and Social Equity. *Public Administration Review*, 50 (2), 228-237. doi : 10.2307/976 870

Garofalo, R., Deleon, J., Osmer, E., Doll, M. et Harper G. W. (2006). Overlooked, misunderstood and at-risk: exploring the lives and HIV risk of ethnic minority male-to-female transgender youth. *Journal of Adolescent Health*, 38 (3), 230-236. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jadohealth.2005.03.023>

Gerhardstein, K. et Anderson, V. N. (2010). There's More Than Meets the Eye: Facial Appearance and Evaluations of Transsexual People . *Sex Roles*, 62 (5), 361-373. Repéré à <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs11199-010-9746-x>

Goldsmith, Laurie Jean (2007). *Access to Health Care for Disadvantaged Individuals : A Qualitative Inquiry*, Thèse de doctorat, University of North Carolina. Repéré à <https://cdr.lib.unc.edu/indexablecontent/uuid:abf95678-f389-4300-ba67-6eaf7b510eb5>

Gooden, S. et Portillo, S. (2011). Advancing Social Equity in the Minnowbrook Tradition. *Journal of public administration research theory*, 21 (1), 61-76. doi : 10.1093/jopart/muq067

Grant J. M., Mottet, L. A., Tanis, J., Herman, J. L., Harrison, J. et Keisling, M. (2010). National Transgender Discrimination Survey Report on Health and Health Care. Repéré à http://www.thetaskforce.org/static_html/downloads/reports/reports/ntds_report_on_health.pdf

Guide gai du Québec. (2013) *Québec City, Charlevoix and Chaudière-Appalaches*. Repéré à <http://www.guidegaiduquebec.com/en/info/?region=quebec>

Gulzar, L. (1999). Access to health care. *The Journal of Nursing Scholarship*, 31 (1), 13-19. doi : 10.1111/j.1547-5069.1999.tb00414.x

Herbst, J. H., Jacobs, E. D., Finlayson, T. J., McKleroy, V. S., Neumann, M. S. et Crepaz, N. (2008). Estimating HIV Prevalence and Risk Behaviors of Transgender Persons in the United States: A Systematic Review. *AIDS and Behavior*, 12 (1), 1-17. DOI 10.1007/s10461-007-9299-3

Kaufman, R. (2008). Introduction to Transgender Identity and Health. Dans H. Makadon (dir.), *The Fenway Guide to Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender Health*. Philadelphia, United states of America : American College of Physicians.

Kenagy, G. (2005). The Health and Social Service Needs of Transgender People in Philadelphia. *International Journal of Transgenderism*, 8 (2), 49-56. doi : 10.1300/J485v08n02_05

Kenagy, G. P. et Bostwick, W. B. (2005). Health and Social Service Needs of Transgender People in Chicago. *International Journal of Transgenderism*, 8 (2), 57-66. doi : 10.1300/J485v08n02_06

Khan, A. A. et Bhardwaj, S. M. (1994). Access to health care. A conceptual framework and its relevance to health care planning. *Evaluation and the Health Professions*, 17 (1), 60-76. doi : 10.1177/016327879401700104

Lamarche, A. P., Pineault, R. et Brunelle, Y. (2007). *Modes d'organisation des services prometteurs pour le Québec*. Repéré à http://www.groupe.finances.gouv.qc.ca/financementsante/fr/etudes/pdf/Etude_PLamarche.pdf

Logie, C., James, L., Tharao, W. et Loutfy, M. R. (2012). We Don't Exist : A Qualitative Study of Marginalization Experienced by Hiv-Positive Lesbian, Bisexual, Queer and Transgender Women in Toronto, Canada. *Journal of International AIDS Society*, 15 (17), 392-403. doi : 10.7448/IAS.15.2.17392

Lombardi, E. (2011). Transgender Health: A Review and Guidance for Future Research—Proceedings from the Summer Institute at the Center for Research on Health and Sexual Orientation, University of Pittsburgh. *International Journal of Transgenderism*, 12 (4), 211-229. doi:10.1080/15532739.2010.544232

Lurie, S. (2005). Identifying training needs of health-care providers related to treatment and care of transgendered patients: a qualitative needs assessment conducted in New England. *International Journal of Transgenderism*, 8 (2-3), 93-112. doi : 10.1300/J485v08n02_09

Ministère de la Justice du Québec. (2009) *Politique québécoise de lutte contre l'homophobie*. Repéré à <http://www.justice.gouv.qc.ca/francais/publications/rapports/pdf/homophobie.pdf>

Ministère de la Justice du Québec. (2010). *Plan d'action gouvernemental de lutte contre l'homophobie 2011-2016*. Repéré à http://www.justice.gouv.qc.ca/francais/ministere/dossiers/homophobie/plan_action_homo_FR.pdf

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2004). *Les services généraux offerts par les centres de santé et de services sociaux*. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2004/04-834-01.pdf>

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2004). *Cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2004/04-009-05.pdf>

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2013). *Orientations relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience : Offre de service – services sociaux généraux*. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2012/12-803-01F.pdf>

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2015). *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales*. Repéré à <http://www.msss.gouv.qc.ca>

Namaste, V. (2000). *Invisible Lives : the Erasure of Transsexual and Transgendered People*. Chicago : University of Chicago Press.

Office des professions du Québec (2015). *Ordre des professions*. Repéré à <http://www.opq.gouv.qc.ca/ordres-professionnels/>

Operario D., Soma, T. et Underhill, K. (2008). Sex Work and HIV Status among Transgender Women: Systematic Review and Meta-analysis. *Journal of Acquire Immune Deficiency Syndrome*, 48 (1), 97–103. doi : 10.1097/QAI.0b013e31816e3971

Pechansky R et Thomas W. (1981). The concept of access. *Medical Care*, 19 (2), 127–140. Repéré à <http://www.jstor.org/stable/3764310>

Pineault. R., Provost, S., Hamel, M, Couture, A. et Levesque, J-F. (2011). L'influence des modèles d'organisation de soins de santé primaires sur l'expérience de soins de patients atteints de différentes maladies chroniques. *Maladies chroniques et blessures au Canada*, 31 (3), 120-132. Repéré à <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/hpcdp-pspmc/31-3/ar-05-fra.php>

Poteat, T., German, D. et Kerrigan, D. (2013). Managing Uncertainty : A Grounded Theory of Stigma in Transgender Health Care Encounters. *Social Science & Medicine*, 84, 22-29. <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.02.019>

Québec. (2008). *L'accessibilité et la continuité des services de santé : Une étude sur la première ligne au Québec*. Repéré à https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/777_ServicesPremLignes.pdf

Quebec. (2013). *Accès aux services généraux et spécialisés*. Repéré à <http://santecapitalnationale.gouv.qc.ca/a-propos-de-nous/organisation-des-services/fonctionnement-du-reseau/acces-aux-services-generaux-et-specialises/#c1937>

Rotondi N. K., Bauer, G. R., Scanlon, K., Kaay, M., Travers, R. et Travers, A. (2011a). Prevalence of and Risk and Protective Factors for Depression in Female-to-male Transgender Ontarians: Trans PULSE Project. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 30 (2), 135-155. Repéré à <http://transpulseproject.ca/research/prevalence-of-and-risk-and-protective-factors-for-depression-in-female-to-male-transgender-ontarians-trans-pulse-project/>

Rotondi N. K., Bauer, G. R., Travers, R., Travers, A., Scanlon, K. et Kaay, M. (2011 b). Depression in Male-to-Female Transgender Ontarians : Results from the TransPULSE Project. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 30 (2), 113-133. Repéré à

<http://transpulseproject.ca/research/depression-in-male-to-female-transgender-ontarians-results-from-the-trans-pulse-project/>

Rotondi N. K., Bauer, G. R., Scanlon, K., Kaay, M., Travers, R. et Travers, A. (2013). Nonprescribed Hormone Use and Self-Performed Surgeries : “Do-It-Yourself” Transitions in Transgender Communities in Ontario, Canada. *American Journal of Public Health, 103* (10), 1830-1836. doi : 10.2105/AJPH.2013.301348

Sanchez, N. F., Sanchez, J. P. et Danoff, A. (2009). Health Care Utilization, Barriers to care, and Hormone usage among Male-to-Female Transgender Persons in New York City. *American Journal Public Health, 99* (4), 713–719. doi:10.2105/AJPH.2007.132035

Scanlon, K., Travers, R., Coleman, T., Bauer, G. et Boyce, M. (2010). Ontario’s trans communities and suicide : transphobia is bad for our health. Repéré à <http://transpulseproject.ca/documents/E2English.pdf>

Sevelius, J. (2009). There’s no pamphlet for the kind of sex I have: HIV-related Risk Factors and Protective Behaviors among Transgender Men who have Sex with Nontransgender Men. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care, 20* (5), 398–410. doi : 10.1016/j.jana.2009.06.001.

Singh, Y., Aher, A., Shaikh, S., Mehta, S., Robertson, J. et Chakrapani, V. (2014). Gender transition services for Hijras and other Male-to-Female transgender people in India: Availability and barriers to access and use. *International Journal of Transgenderism, 15* (1), 1-15. doi : 10.1080/15532739.2014.890559

Snelgrove, J. W., Jasudavisius, A. M., Rowe, B. W, Head, E. M et Bauer, G. R. (2012). “Completely out-at-sea” with “Two-gender medicine”: A Qualitative Analysis of Physician-side Barriers to Providing Healthcare for Transgender Patients. *BMC Health Services Research, 12* (1), p.110-124. doi : 10.1186/1472-6963-12-110

Sperber, J., Landers, S. et Lawrence, S. (2005). Access to Health Care for Transgendered Persons: Results of a Needs Assessment in Boston. *International Journal of Transgenderism, 8* (2-3), p. 75-91. doi : 10.1300/J485v08n02_08

Willoughby, B., Hill, D., Gonzalez, C., Lacorazza, A., Macapagal, R., Barton, M. et Doty, N. (2010). Who Hates Gender Outlaws? A Multisite and Multinational Evaluation of the Genderism and Transphobia Scale. *International Journal of Transgenderism, 12* (4), p. 254-271. doi : 10.1080/15532739.2010.550821

World Professional Association for Transgender Health (WPATH) (2012). Standards de Soins pour la santé des personnes transsexuelles, transgenres et de genre non-conforme. Repéré à http://www.wpath.org/uploaded_files/140/files/Standards%20of%20Care%20-%20French%20Final%2011-6-13.pdf

Xavier, J., Bobbin, M., Singer, B. et Budd, E. (2005). A Needs Assessment of Transgendered People of Color Living in Washington, DC. *International Journal of Transgenderism*, 8 (2–3), p. 31–47. doi:10.1300/J485v08n02_04

Xavier, J., Bradford, J., Hendricks, M., Safford, L., McKee, R., Martin, E. et Honnold, J.A. (2013). Transgender Health Care Access in Virginia: A Qualitative Study. *International Journal of Transgenderism*, 14 (1), p.3-17. doi:10.1080/15532739.2013.689513

ANNEXE 1 - SCHÉMAS D'ENTREVUE

Grille d'entretien à l'intention des personnes utilisatrices des services du CSSS

Thème 1 : Profil de la personne participante

1- Comment voulez-vous que votre identité de genre soit indiquée dans la recherche?

Sous-questions

Est-ce que vous vous considérez comme une personne trans* (ex. transgenre, transsexuelle, travestie) ou ayant un passé trans*?

Thème 2 : Utilisation des services

1. Pouvez-vous me décrire votre utilisation des services de santé du CSSS au cours des cinq dernières années?

Sous-questions

- Quels sont les services que vous utilisez de manière générale? À quelle fréquence? Où vous êtes-vous présenté(e) en général (CLSC, clinique médicale, UMF, urgence)?
- Avez-vous un médecin de famille? Êtes-vous suivi par un spécialiste?
- D'une manière générale, quelle appréciation faites-vous des services offerts par le CSSS?

2. Au cours des derniers mois, avez-vous ressenti le besoin de consulter un médecin sans en avoir vu un?

Sous-questions

- Quels types de services souhaitiez-vous obtenir et quelles sont les raisons qui ont empêché votre recours aux services?

3. Parlez-moi d'une bonne ou mauvaise expérience avec le CSSS en lien avec votre identité trans*

Sous-questions :

- Quels éléments en ont fait une bonne ou mauvaise expérience?
- Décrivez-moi l'accueil dans le service?
- Comment évalueriez-vous vos interactions avec les professionnels de santé rencontrés à cette occasion?
- Quelle appréciation faites-vous de la disponibilité des ressources à

- l'intention des personnes trans*?
- Quel impact cette expérience a-t-elle eu sur votre utilisation des services du CSSS?

4. Avez-vous eu une expérience à l'inverse de celle décrite précédemment?

Thème 3 : Adéquation des services

1. D'une manière générale, jugez-vous qu'il y a une sensibilité aux réalités trans* dans les ressources offertes au sein du CSSS?

Sous-questions :

- Comment évalueriez-vous l'attitude des membres du personnel de santé à l'égard de la diversité des identités de genre?
 - Qu'en est-il des différentes procédures administratives (ex. : formulaires administratifs que vous avez eu à remplir)?
 - Quelle appréciation faites-vous des documents d'information ou de sensibilisation consultés en ce qui concerne l'inclusion des réalités trans*?
 - Autre aspect
2. Avez-vous déjà consulté pour des soins spécifiques liés à la transition au CSSS?
- Si oui,
 - Quelle évaluation faites-vous des informations que vous avez reçues sur les processus entrant en compte dans la transition?
 - Que direz-vous des services et des ressources offerts par l'établissement de santé?
 - Si non,
 - Avez-vous consulté dans un autre établissement? Pour quelles raisons avez-vous choisi d'aller ailleurs?
3. D'une manière générale, que pensez-vous de l'accessibilité des services de santé pour les personnes trans*?
- Jugez-vous qu'il y a des barrières à l'accès et l'utilisation des services de santé pour des personnes trans*? Si oui, quelles seraient-elles?
4. Pensez-vous que des services devraient être ajoutés ou modifiés au CSSS pour en améliorer l'accès et l'utilisation pour des personnes trans*?
- Si oui, lesquels? Si non, pourquoi?
5. En terminant, y a-t-il des aspects dont il n'a pas été question en cours d'entrevue et dont vous aimeriez me parler

Grille d'entretien à l'intention des intervenants en santé du CSSS

Thème 1 : Portrait des services

1. Avez-vous des expériences d'intervention auprès des personnes trans*? Est-ce que ça représente un défi particulier pour vous?
2. D'après vous, est-ce que les ressources générales de l'organisation sont utilisées suffisamment par les clientèles trans*? Pour quelles raisons?
3. Jugez-vous que l'offre de services de l'établissement prend en compte les besoins des clientèles trans*?
 - Y a-t-il des services spécifiques mis en place pour cette clientèle? Si oui, lesquels? Depuis combien de temps?
 - Y a-t-il du matériel (documents d'information et sensibilisation) adapté spécifiquement pour cette clientèle?
4. Quels éléments au sein de votre établissement rendent difficile ou facilitent votre intervention auprès des clientèles trans*?
5. Pensez-vous qu'il existe des barrières à l'accès aux services de santé pour les clientèles trans*?

Sous-questions :

- Si oui, quelles seraient-elles?

Thème 2 : Stratégies développées

1. Pensez-vous qu'il y a un intérêt pour les clientèles trans* de la part de l'établissement?

Sous questions :

- Au vu des formations offertes, des politiques en place, des discours, des objectifs stratégiques de l'organisation?
 - Y a-t-il un effort du CSSS pour développer les habiletés du personnel à intervenir auprès des clientèles trans*?
2. Des initiatives ont-elles été développées au sein de l'établissement pour répondre spécifiquement aux besoins des clientèles trans*?

- Si des politiques et initiatives ont été développées :
 - Dans quel contexte ont-elles été mises en place (plaintes d'utilisateur, politique gouvernementale, etc.)?
 - Quels ont été les impacts de ces initiatives?
- Si non, quelles seraient les raisons d'après vous?

Thème 3 : Pistes d'amélioration

1. Pensez-vous que votre organisation devrait en faire davantage pour l'accès et l'utilisation des services de santé par les clientèles trans*?

Sous-questions

- Quels sont les éléments qui pourraient être améliorés dans les ressources offertes?
 - D'autres services devraient-ils être mis en place? Si oui, lesquels? Si non, pourquoi?
2. Quels seraient les principaux défis dans l'amélioration des services en ce sens?
 3. En terminant, y a-t-il des aspects dont il n'a pas été question en cours d'entrevue et dont vous aimeriez me parler?

