



Fonds de recherche  
Société et culture  
Québec

CRC ReParE  
Centre de recherche en santé publique et en environnement des personnes vulnérables

Université  
de Montréal

# Résultats de l'enquête sur les besoins et priorités d'interventions médicales et esthétiques des personnes trans et non binaires résidant au Québec

Claude Amiot, Annie Pullen Sansfaçon, Morgane A. Gelly, Georges Alain Tchango Ngalé, Félix Bélanger et Gabrielle Manzano

**Auteur·e·s (en ordre alphabétique):**

Claude Amiot\*

Félix Bélanger\*

Morane A Gelly\*

Andy Hernandez\*

Gabrielle Manzano\*

Tommy Planchat\*

Annie Pullen Sansfaçon\*

*\*Participation égalitaire à l'élaboration  
et à la rédaction du document.*

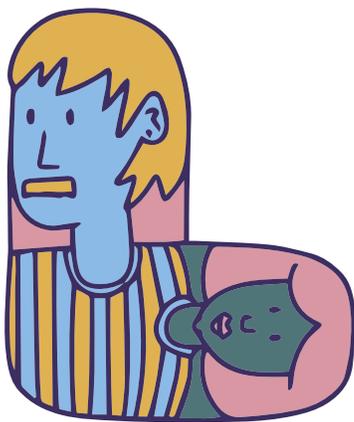
**Ce projet a été financé par le  
programme ENGAGEMENT –  
Citoyennes et citoyens du Fond  
de Recherche du Québec Société  
et Culture (FRQSC)**

**Référence suggérée :**

Amiot, C., Pullen Sansfaçon, A., Gelly, M.A., Tchango Ngalé, G.A., Bélanger, F., Manzano, G. 2024. Résultats de l'enquête sur les besoins et priorités d'interventions médicales et esthétiques des personnes trans et non binaires résidant au Québec, Chaire de Recherche du Canada sur la recherche partenariale et l'empowerment des jeunes vulnérabilisés (CRC ReParE).

# Introduction

De nos jours, on entend de plus en plus parler de personnes qui entreprennent une transition de genre. Les transitions de genre peuvent être variées comme la transition sociale (changement de présentation tels que les cheveux, les vêtements, le maquillage, les pronoms, etc.), légales (changement de mention du sexe et/ou du prénom à l'acte de naissance et sur le certificat de naissance ou sur d'autres pièces d'identité comme le permis de conduire, la carte de bibliothèque, la carte étudiante, etc.), et médicale (hormonothérapie, chirurgie, soins esthétiques, etc.). Les transitions sont connues pour réduire l'expérience de dysphorie, ou d'incongruence de genre. La dysphorie, ou l'incongruence de genre est une expérience de détresse psychologique vécue par certaines personnes trans et non binaires lorsque celles-ci ont un sentiment d'inadéquation entre leur genre ressenti et leur sexe assigné à la naissance.



En entreprenant une ou plusieurs formes de transition, les personnes trans et non binaires peuvent exprimer leur genre authentique et être perçues en concordance avec qui elles sont réellement. Par ailleurs, les recherches actuelles montrent que les transitions médicales ont un impact positif majeur sur la vie des personnes trans qui souhaitent y avoir accès. Par exemple, dans une étude menée aux États-Unis auprès de 27 715 adultes trans et diverses dans le genre, le fait d'avoir obtenu une ou plusieurs interventions désirées était associé à un risque plus faible d'avoir de la détresse psychologique, des idées suicidaires ou une consommation de tabac dans la dernière année, en comparaison avec les personnes n'ayant pas eu accès aux interventions désirées<sup>12</sup>.

Les recherches auprès des adolescent·e·s arrivent à des conclusions similaires. Par exemple, une étude auprès de 104 jeunes âgé·e·s de 13 à 20 ans montrent qu'après 12 mois de suivi, les jeunes ayant eu accès à des bloqueurs de puberté, ou des hormones d'affirmation du genre étaient en bien meilleure santé mentale que les jeunes n'ayant pas eu accès à ces soins. Par exemple, les taux de dépression avaient diminué de 60%, et les idées suicidaires de 73% chez les jeunes sous traitements alors que chez les jeunes n'y ayant pas eu accès, la dépression et le taux de suicide augmentaient de 2 à 3 fois<sup>3</sup>.

1. Almazan, A. N., & Keuroghlian, A. S. (2021). Association Between Gender-Affirming Surgeries and Mental Health Outcomes. *JAMA Surgery*, 156(7), Article 7. <https://doi.org/10.1001/jamasurg.2021.0952>

2. Pour plus d'études à propos des impacts des interventions d'affirmation du genre, consulter le rapport de synthèse des écrits (Amiot, Pullen Sansfaçon, Gelly, Planchat, Bélanger, Hernandez, 2024)XXXXX

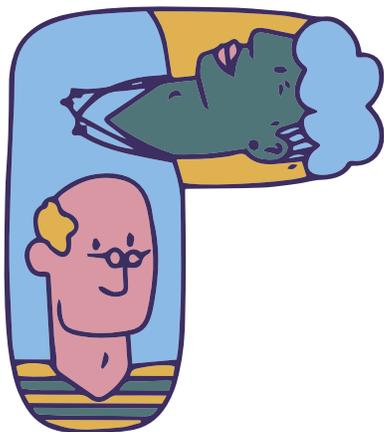
3. Tordoff, D. M., Wanta, J. W., Collin, A., Stepney, C., Inwards-Breland, D. J., & Ahrens, K. (2022). Mental Health Outcomes in Transgender and Nonbinary Youths Receiving Gender-Affirming Care. *JAMA Network Open*, 5(2), e220978. <https://doi.org/10.1001/jama-networkopen.2022.0978>

Précisons toutefois que si les transitions sociales et médicales sont généralement associées à une baisse des difficultés en santé mentale, il se peut que les personnes transgenres, comme les personnes cisgenres, aient besoin de soutien pour régler des enjeux de santé mentale que les traitements d'affirmation du genre ne peuvent pas régler voire peuvent momentanément exacerber en raison des difficultés rencontrées

pendant la transition. C'est pourquoi les standards de soins proposés par l'Association professionnelle mondiale pour la santé des personnes transgenres recommandent une bonne évaluation des besoins en matière de santé mentale pour permettre l'accès à du soutien en parallèle des traitements d'affirmation du genre lorsque cela est jugé nécessaire<sup>4</sup>.

# Contexte

Cette enquête examine les besoins relativement aux soins médicaux d'affirmation du genre chez les personnes trans et non binaires de tout âge au Québec. Le besoin de mener une telle recherche est né de l'expérience d'une des auteures (Amiot), une citoyenne du Saguenay, qui, en début de transition à l'âge de 62 ans, s'est aperçue que les services couverts par le régime d'assurance maladie du Québec (RAMQ) ou le ministère de la Santé et des services sociaux du Québec ne rencontraient pas ses besoins en matière d'affirmation du genre.



À cette époque, son expérience de dysphorie de genre était principalement causée par la pilosité du visage qui lui causait une grande détresse psychologique. Or, les traitements au laser et l'électrolyse ne sont pas couverts, causant une importante difficulté sur le plan financier. Les interventions couvertes sont plutôt celles qui touchent aux organes génitaux (Hystérectomie, phalloplastie, vaginoplastie, etc.) ainsi que les mastectomies ou chirurgies du torse pour les personnes transmasculines (l'augmentation mammaire pour les personnes transféminines n'est pas couverte). En cherchant sur internet, elle avait alors découvert que les chirurgies couvertes avaient un impact positif important sur la santé mentale des personnes trans. Or, son expérience était tout autre. Sa priorité était toujours de se débarrasser des poils au visage, puisque ceux-ci lui causaient une grande détresse psychologique, l'empêchant même de sortir de la maison par peur de se faire stigmatiser. Cette barrière d'accès aux soins l'empêchait donc de vivre dans son genre ressenti en public, et ce, même après avoir commencé un traitement d'hormonothérapie depuis plusieurs mois.

4. Coleman, E., Radix, A. E., Bouman, W. P., Brown, G. R., de Vries, A. L. C., Deutsch, M. B., Ettner, R., Fraser, L., Goodman, M., Green, J., Hancock, A. B., Johnson, T. W., Karasic, D. H., Knudson, G. A., Leibowitz, S. F., Meyer-Bahlburg, H. F. L., Monstrey, S. J., Motmans, J., Nahata, L., ... Arcelus, J. (2022). Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8. *International Journal of Transgender Health*, 23(sup1), S1-S259, p.37, <https://doi.org/10.1080/26895269.2022.2100644>

Si certaines chirurgies sont couvertes plutôt que d'autres, c'est peut-être parce que la grande majorité des études qui examinent l'impact des interventions médicales sur l'amélioration du bien-être des personnes trans visent presque exclusivement ces interventions (vaginoplastie, phalloplastie, mastectomie, hormonothérapie, bloqueurs d'hormones et de puberté, selon le groupe d'âge). Or, une recension des écrits a rapidement permis à l'équipe de constater que les études s'intéressant aux autres types d'interventions médicales soutenant une transition de genre, comme la féminisation du visage, le laser et l'électrolyse, ou l'augmentation mammaire sont presque inexistantes (voir Amiot, Pullen Sansfaçon, Gelly, Planchat, Bélanger, Hernandez, 2024). Un rapport de synthèse des connaissances a été publié à cet effet.

En discutant avec d'autres personnes trans et non binaires, elle constate qu'elle n'est pas la seule à avoir des besoins non comblés en matière de transition médicale. Cela la mène à consulter des organismes pour explorer les possibilités de mener un projet de recherche qui permettrait de mieux comprendre les besoins et priorités en soins médicaux d'affirmation du genre des personnes trans et non binaires au Québec. De fil en aiguille, elle a été mise en contact avec Dominic Bizot, professeur en travail social à l'Université du Québec à Chicoutimi qui l'a informée sur le Programme Engagement du Fonds de recherche du Québec et qui l'a accompagnée dans les démarches initiales de la demande ayant permis de financer le projet. Elle dépose donc une première question sur le site du Programme Engagement:

«Quelles sont les interventions d'affirmation du genre priorisées par les personnes ayant vécu, vivant ou se questionnant sur leur transition?»

**ENGAGEMENT est un programme de sciences participatives. Il permet aux citoyens et citoyennes de proposer une idée de recherche, et de la réaliser en étroite collaboration avec un chercheur ou une chercheuse.**

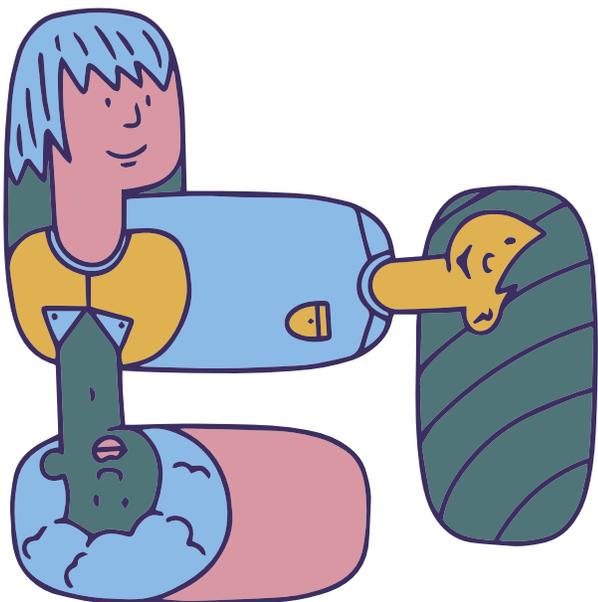
Dans le cadre de ce programme, les citoyen·ne·s n'étant pas issu·e·s du milieu de la recherche sont invité·e·s à poser une question et la déposer sur le site du FRQ ou les chercheur·e·s universitaires sont invité·e·s à contacter les personnes citoyennes pour former un duo.

## FORMATION DU DUO

Suite à quelques démarches, Amiot et Pullen Sansfaçon, chercheuse universitaire qui travaille alors sur les questions des jeunes trans et non binaires, prennent contact et déposent ensemble une demande de subvention au programme Engagement. Le présent rapport est le fruit de la démarche de recherche Citoyenne 'Devenir soi à travers les chirurgies: une exploration citoyenne dans la recherche transaffirmative' financée par le programme Engagement des Fonds de recherche du Québec.

# Méthodologie

Dans un premier temps, l'équipe a produit une recension des écrits afin de mieux comprendre l'état des connaissances sur les interventions médicales et esthétiques et leurs impacts sur les personnes trans et non binaires. Cette recension a permis de développer une enquête en ligne s'adressant aux personnes trans et non binaires résidant au Québec. Les critères d'inclusion pour participer au questionnaire étaient les suivants: 1) avoir 14 ans et plus, 2) résider dans la province du Québec, 3) s'identifier comme trans et/ou non-binaire (ou toute identité similaire), 4) désirer entreprendre un jour ou avoir déjà entrepris une ou plusieurs interventions médicales ou esthétiques.



## Le questionnaire

Le questionnaire comportait trois grandes parties:

1. Informations sociodémographiques
2. Désirs et besoins médicaux et esthétiques en lien avec la transition
3. Priorités médicales et esthétiques en lien avec la transition

La section sur les informations sociodémographiques a été élaborée à partir de l'enquête Trans PULSE<sup>5</sup>, un questionnaire réalisé au Canada auprès des jeunes trans et non binaires de plus de 14 ans. Des questions supplémentaires ont été ajoutées afin d'adapter le questionnaire aux besoins de notre enquête. Le questionnaire a été développé grâce à la collaboration des deux co-chercheuses ainsi que des employé·e·s de recherche issu·e·s de la communauté. Cette collaboration a permis de réfléchir à la formulation des questions afin de respecter les identités et expériences des participant·e·s. Par exemple, il a été décidé de ne pas demander le sexe assigné à la naissance puisque cette question peut parfois heurter la sensibilité des personnes visées par l'étude. Le questionnaire a ensuite été soumis au comité consultatif permanent de l'Équipe de recherche sur les jeunes trans et leurs familles (financée par le Fonds de recherche du Québec), constitué de jeunes trans et non-binaires et de parents. Le questionnaire a subséquemment été révisé à la lumière des recommandations du CCP, puis il a été soumis et validé par le comité éthique de la recherche de l'Université de Montréal.

5. Bauer, G. R., Scheim, A. I., Pyne, J., Travers, R., & Hammond, R. (2015). Intervenable factors associated with suicide risk in transgender persons: A respondent driven sampling study in Ontario, Canada. *BMC Public Health*, 15(1), Article 1. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-1867-2>

Le questionnaire comprenait un total de 41 questions portant sur les informations socio-démographiques, les interventions réalisées et désirées ainsi que l'accès et les potentielles barrières. Les types d'interventions étaient regroupées en quatre catégories<sup>6</sup> :

**1. Hormonothérapie ou bloqueurs d'hormones et de puberté**

Hormonothérapie féminisante, hormonothérapie masculinisante, bloqueurs d'hormones et de puberté.

**2. Interventions liées au visage**

Féminisation faciale, masculinisation faciale, réduction du cartilage thyroïdien, implants capillaires, épilation laser/électrolyses, greffe de barbe.

**3. Interventions liées au haut ou bas du corps (excluant les organes génitaux et le visage)**

Augmentation mammaire, mastectomie/torsoplastie, réduction mammaire, réduction des épaules, liposuccion des hanches, lipofilling hanches et/ou fesses.

**4. Interventions liées aux organes génitaux**

vaginoplastie, vulvoplastie/clitoroplastie, orchidectomie, hystérectomie, ovariectomie, métoïdioplastie, phalloplastie, prothèse pénienne d'érection/phallostade 2, scrotoplastie, implants testiculaires.

Certaines questions invitaient les participant·e·s à cocher les interventions réalisées, puis les interventions souhaitées ainsi que les barrières dans l'accès lorsque ces interventions n'avaient pas pu être effectuées. D'autres questions demandaient aux participant·e·s de classer les interventions effectuées par ordre chronologique puis les interventions désirées ou réalisées par ordre de priorité. Des questions ouvertes permettaient également aux participant·e·s d'expliquer l'importance des interventions et aussi d'évoquer des pistes d'amélioration dans l'accès aux soins trans affirmatifs.

## CIRCULATION DU QUESTIONNAIRE

Le questionnaire était ouvert du 17 avril au 17 juin 2023. Au total, 62 organismes ont été sollicités par courriel pour inviter leurs membres à participer au projet de recherche en remplissant le questionnaire. Parmi les 62 organismes, 41 ont été sollicités le 3 mai 2023, 5 l'ont été le 9 mai 2023 et 17 le 18 mai 2023. Un des organismes nous a répondu qu'il préférerait que l'on contacte ses organismes membres individuellement plutôt que de solliciter directement leurs membres afin d'éviter les doublons. Un courriel de relance a également été envoyé durant le 7 et le 8 juin 2023 pour rappeler que la date de fermeture du questionnaire était le 17 juin 2023. Un total de 340 participant·e·s ont répondu au questionnaire. Parmi ces participant·e·s, 207 ont répondu totalement au questionnaire et 133 ont répondu partiellement au questionnaire.

6. Un glossaire est fourni à la fin du rapport pour définir chaque intervention. Ces définitions étaient également fournies dans le questionnaire.

## ÉCHANTILLON VALIDE

L'analyse des données fait suite à un processus de nettoyage, de recodage de variables et de choix analytiques, qu'il convient de préciser, même sommairement. La base de données traitées et transformées en fichier d'analyse avait initialement 340 enregistrements (participant.e-s), pour un total de 175 variables. Une condition sine qua non pour faire partie de l'échantillon valide consistait, pour toutes les participant.e-s, à fournir, outre les informations sociodémographiques (première section), celles portant sur au moins l'une des sections relatives aux interventions médicales. Sur les 340 participant.e-s, 133 ont répondu partiellement, dont 116 se sont arrêté.e-s à la première section<sup>1</sup>. Ces dernier.e-s ne sont donc pas pris.e-s en compte dans notre analyse.

Par ailleurs, une comparaison des réponses fournies par les participant.e-s n°210 et 211 a permis de conclure qu'il s'agit d'une même personne qui aurait répondu au questionnaire à deux reprises. L'un des doublons a donc été exclu. Au final, l'analyse des données a donc porté sur un échantillon valide de 223 participant.e-s (340 – 116 – 1).

## ÉVALUATION DE LA QUALITÉ DES DONNÉES

L'évaluation de la qualité des données est ici faite sur la base du poids relatif de la non-réponse pour chacune des variables de la base de données. Ce poids est déterminé en rapportant simplement l'effectif des valeurs manquantes d'une variable à l'effectif de l'échantillon valide (223).

Dans l'ensemble, les données sont de bonne qualité, puisque pour pratiquement toutes les variables (excluant celles ayant une condition définie par la réponse à une précédente question), le poids des valeurs manquantes vaut 0%.

## MÉTHODES D'ANALYSE

Un travail de recodage sur plusieurs variables de la base de données a été effectué, afin d'assurer la cohérence des analyses. Une fois les variables recodées, le matériau qui en ressort (fichier d'analyse) constitue le support à partir duquel les analyses sont possibles.

La première étape de l'analyse consiste à effectuer le tri à plat (analyse univariée) des variables clés du fichier d'analyse. Elle permet de ressortir principalement la distribution (en valeur absolue ou effectif, et en valeur relative ou proportion) de l'échantillon valide selon les catégories des variables d'analyse. La seconde étape consiste à croiser certaines des variables sociodémographiques avec les variables d'intérêt: par exemple, les variables «identité de genre» ou «groupes d'âge» avec les variables relatives aux types d'interventions médicales ou aux barrières. Nous utilisons ainsi la statistique du Khi-deux afin de tester l'existence d'une association entre les variables mises en relation. L'association est jugée significative si la p-value associée au Khi-deux est inférieure au seuil de significativité retenu (0,05).

En février 2024, nous avons présenté les données lors d'une consultation communautaire avec des personnes qui étaient concernées par les enjeux discutés dans le présent rapport. Leurs retours nous ont permis de bonifier l'interprétation de nos résultats.

# Données socio-démographiques

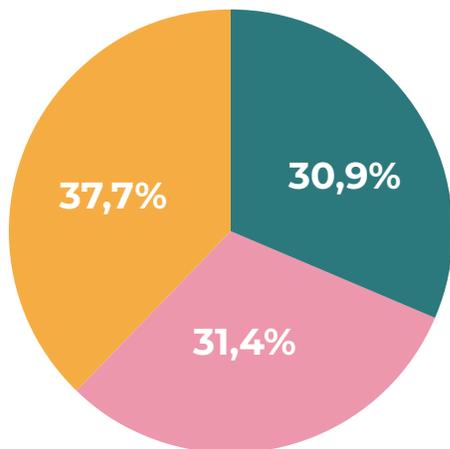
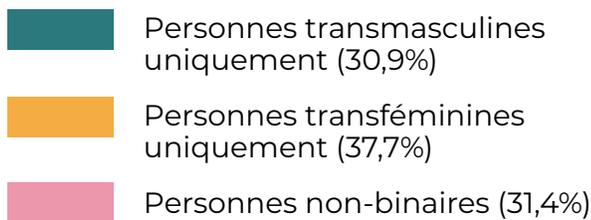
Les personnes ayant participé à l'enquête ont des caractéristiques diversifiées en termes d'âge, de genre, et d'orientation sexuelle, mais l'échantillon est peu diversifié sur le plan de l'origine ethnoculturelle. En effet, seulement 2,2 % ont indiqué être une personne racisée. Les participant·e·s avaient l'option de cocher plus d'une case à cette question et la plupart ont mentionné « Canadienne ou américaine blanche » (90,1%) suivie de « européenne blanche » (13,9%). En très faible nombre, des participant·e·s ont choisi les options « juive », « autochtone », « Moyen-orient ou Afrique du nord », « asiatique de l'Est », « latino-américaine ». De plus, la majorité des personnes étaient francophones (94,2%), ce qui s'explique probablement par le fait que le questionnaire était seulement disponible en français.

## GENRE DES PARTICIPANT·E·S

Pour l'identité de genre, nous avons proposé 5 catégories et les participant·e·s pouvaient sélectionner plusieurs choix : homme ou garçon trans ou personne transmasculine (43%), femme ou fille trans ou personne transféminine (39,9%), personne non-binaire ou autre identité similaire (30,5%), en questionnement (3,1%), identité de genre culturellement spécifique (0%).

Afin de pouvoir mener des analyses croisées, nous avons recodé cette donnée en trois catégories exclusives : les personnes qui s'identifient uniquement comme transmasculines (30,9%), les personnes qui s'identifient uniquement comme transféminines (37,7%) et les personnes non-binaires (31,4%) qui regroupe les personnes ayant coché l'option non-binaire, plusieurs options ou en questionnement. L'échantillon est plutôt équilibré en termes de genre. Il y a un peu plus de personnes transféminines et presque autant de personnes transmasculines que non-binaires.



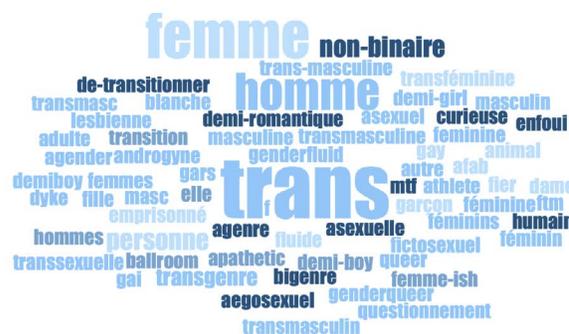


Cependant, nous devons souligner quelques limites concernant la façon dont nous avons récolté le genre des participant.e.s. Premièrement, nous n'avons pas demandé le sexe assigné à la naissance afin de respecter la sensibilité des individus. Or l'information sur le sexe assigné est parfois importante pour comprendre les besoins en matière d'interventions d'affirmation du genre. Par exemple, pour les personnes non-binaires, il aurait été pertinent de savoir si certaines d'entre elles souhaitaient parfois des interventions allant dans le sens de leur sexe assigné (par exemple une personne AMAB qui souhaite prendre des hormones féminisantes et avoir une mastectomie par la suite). Nous n'avons pas cette information mais pouvons simplement interpréter et croiser les différents besoins exprimés par une même personne.

Par ailleurs, le regroupement des catégories fait que la catégorie non binaire regroupe des réalités très variées qu'il est difficile d'interpréter, particulièrement sans avoir l'information sur le sexe assigné. Il aurait été intéressant d'observer séparément les personnes non-binaires transféminines, les

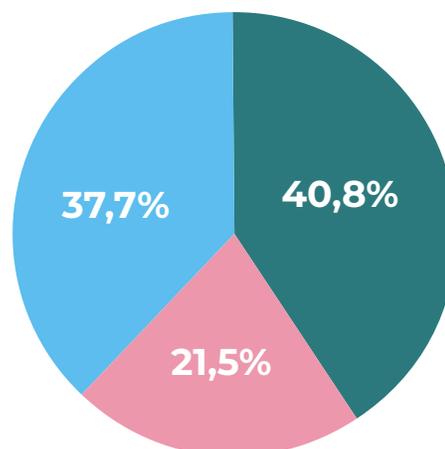
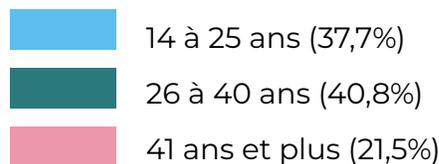
personnes non-binaires transmasculines, les personnes uniquement non-binaires. Cependant, en raison d'un trop faible effectif, nous avons préféré regrouper ces catégories pour avoir des résultats plus solides.

Enfin, le nombre restreint de catégories ne peut refléter la complexité et la diversité des identités. Nous avons cependant également posé une question ouverte pour que les participant.e.s se présentent librement. À titre d'exemple, voici quelques mots qui ressortent des réponses qualitatives sur l'identification.



## ÂGE DES PARTICIPANT·E·S

Pour l'âge, nous avons proposé 5 catégories d'âge: 14-17 ans (9,6%), 18-25 ans (27,8%), 26-40 ans (40,8%), 41-54 ans (13,5%), 55ans et plus (8,1%). La catégorie des 26-40 ans est la plus représentée.

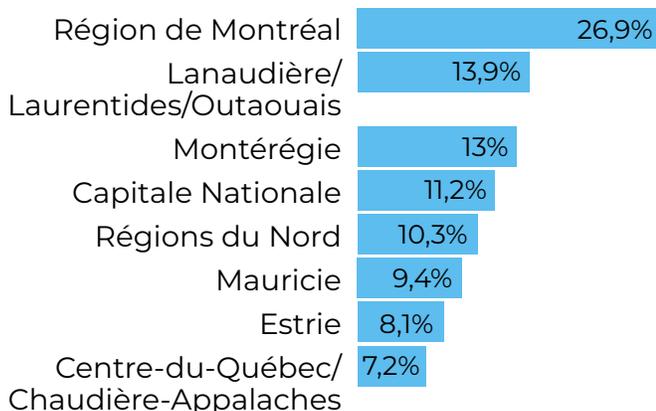


Pour procéder à des analyses croisées, nous avons regroupé certaines catégories d'âge afin d'avoir des catégories plus équilibrées et pour obtenir un plus grand effectif: les 14-25 ans (37,7%), les 26-40 ans (40,8%) et les plus de 41 ans (21,5%).

On voit que la catégorie des 26-40 ans est toujours la plus représentée. Notons également que nous n'avons pas demandé aux participant·e·s à quel âge iels ont débuté leur transition ou réalisé certaines interventions. Nous ne pouvons donc pas nécessairement savoir avec l'âge seul des participant·e·s dans quel contexte les interventions ont été réalisées. Une analyse qualitative des données permettrait d'avoir une interprétation plus fine des parcours de vie et des différents éléments pouvant influencer les désirs et l'accès aux différentes interventions.

## RÉPARTITION GÉOGRAPHIQUE

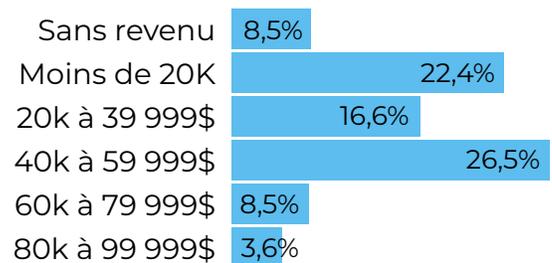
Les participant·e·s ont indiqué dans quelle région iels vivaient. Encore une fois, en raison de faibles effectifs dans certaines régions, nous avons regroupé ensemble certaines régions: Montréal et Laval, Lanaudière/Laurentides/Outaouais, Les Régions du Nord (Abitibi-Témiscamingue, Saguenay-Lac-Saint-Jean, Gaspésie, Îles-de-la-Madelaine, Bas-Saint-Laurent, Côte-Nord du Québec), Centre-du-Québec/Chaudière-Appalaches.



Plus d'un quart de l'échantillon indique vivre dans la région de Montréal (26,9%). 13,9% se situent à Lanaudière/Laurentides/Outaouais, 13% dans la Montérégie, 10,3% dans les régions du Nord (principalement au Saguenay-Lac-Saint-Jean où réside notre chercheuse citoyenne), 11,2% dans la Capitale Nationale, 9,4% en Mauricie, 8,1% en Estrie et 7,2% au Centre-du-Québec/Chaudière-Appalaches. Nous avons donc une bonne représentation des régions dans notre enquête.

## REVENU

La majorité de l'échantillon de participant·e·s se concentre dans les tranches de revenus avant impôts situées entre 40 000 \$ et 59 999 \$ (26,5%), moins de 20 000 \$ (22,4%) et 20 000 \$ à 39 999 \$ (16,6%). Près de 10% des participant·e·s ont un revenu annuel avant impôt supérieur ou égal à 100 000 \$. Il convient également de noter que 8,5% de l'échantillon se déclarent sans revenu, tandis que 4% préfèrent ne pas répondre à cette question.



# Interventions désirées ou réalisées

## RÉSULTATS À PLAT

Dans le questionnaire, nous avons demandé aux participant-e-s quelles interventions iels ont réalisées et lesquelles iels désirent réaliser. Une des limites concernant la question des désirs est que nous n'avons pas précisé «dans un monde idéal» ou «si vous pouviez y avoir accès facilement». En effet, comme nous l'a fait remarquer une personne lors d'une consultation communautaire, il est possible que des personnes n'aient pas coché certaines interventions car elles ne l'envisagent pas comme une possibilité à cause des barrières existantes.



Concernant les interventions désirées ou réalisées, on voit que tout-te-s les participant-e-s ont réalisé ou désirent au moins une intervention médicale. Notons qu'il s'agissait d'un critère de recrutement (il fallait envisager ou avoir entrepris une ou des interventions médicales ou esthétiques) ce qui explique ce chiffre de 100%.

La catégorie d'intervention la plus réalisée ou désirée concerne l'hormonothérapie ou les bloqueurs d'hormones ou de puberté (95,5%), suivie des interventions chirurgicales liées au haut et bas du corps (80,7%), puis les interventions génitales (75,3%) et enfin les interventions liées au visage (55,6%).

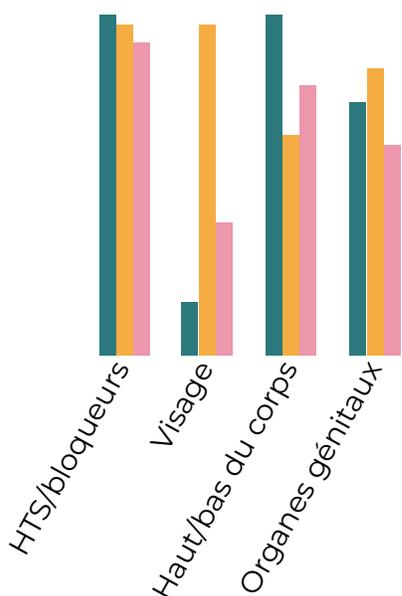
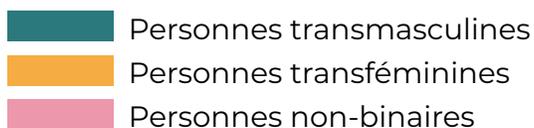
Parmi ces catégories, certaines interventions ont été plus souvent mentionnées, notamment l'hormonothérapie féminisante ou masculinisante (95,5%), la mastectomie (52,9%), l'épilation laser (45,7%), l'hystérectomie (31,8%), la vaginoplastie (30,5%), la féminisation faciale (28,3%), les bloqueurs d'hormones ou de puberté (23,8%), l'augmentation mammaire (22,4%).

Cependant, ces chiffres sont plus parlants lorsque l'on compare les interventions réalisées ou désirées en fonction du genre. En effet, nous allons voir que selon le genre exprimé, les personnes vont se tourner vers certaines catégories d'interventions plutôt que d'autres.

## RÉSULTATS CROISÉS PAR GENRE

En comparant les catégories d'interventions désirées ou réalisées selon le genre des participant.e.s on peut dégager certaines observations. Il y a assez peu de disparités concernant les hormones et bloqueurs (catégorie la plus choisie quel que soit le genre). Il y a en revanche de très grosses disparités concernant le visage (c'est la catégorie la moins choisie par les personnes transmasculines et la 2ème plus choisie par les personnes transféminines). On observe également une disparité notable entre les personnes transmasculines et transféminines pour les interventions du haut/bas du corps (catégorie la plus choisie avec les hormones et bloqueurs pour les personnes transmasculines et la moins choisie pour les personnes transféminines).

### Catégories d'interventions désirées ou réalisées par genre (N=223)



### Hormones et bloqueurs

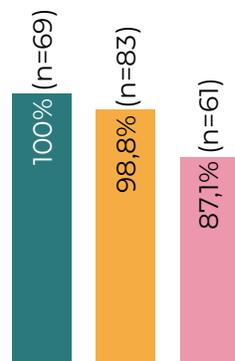
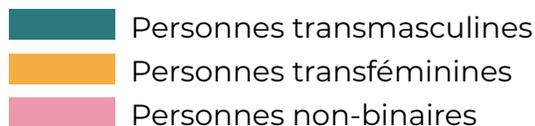
On constate que les personnes non-binaires sont un peu moins nombreuses (87,1%) à se tourner vers des interventions hormonales par rapport aux personnes transmasculines (100%) et transféminines (98,8%).

Les raisons évoquées qui motivent le désir d'avoir recours à ces interventions concernent majoritairement l'image de soi, la diminution de la dysphorie, le mieux-être et l'obtention de caractéristiques du genre désiré:

*Une hormonothérapie permettrait de changer certaines caractéristiques physiques pour les rendre plus féminines. Formes plus courbées Du haut du corps, accentuation des hanches, texture de peau, peut-être une petite poitrine de façon plus ou moins prononcé.*

(participante 91, transféminine)

### Proportion de personnes ayant eu ou désirant des hormones ou bloqueurs (N=223)



## Interventions sur le visage

Mais la différence la plus flagrante se situe au niveau des **interventions liées au visage**. Dans cette catégorie, 97,6% des personnes transféminines souhaitent réaliser ou ont déjà réalisé une intervention, contre seulement 18,8% des personnes transmasculines et 41,4% des personnes non-binaires.

Lorsqu'on se penche sur le détail des interventions, on s'aperçoit que les personnes transféminines sont très nombreuses à désirer une **épilation définitive par électrolyse ou laser** (92,9% contre 4,4% des personnes transmasculines et 30% des personnes non-binaires) et/ou une **féminisation faciale** (70,2%, contre 4,4% de personnes transmasculines souhaitant une masculinisation faciale). Elles sont également plus d'un tiers à souhaiter une réduction du cartilage thyroïdien (36,9%) et près d'un quart à souhaiter des implants capillaires (23,8% contre 8,7% chez les personnes transmasculines et 11,4% chez les personnes non-binaires).

## Proportion de personnes ayant eu ou désirant des interventions sur le visage (N=223)

Personnes transmasculines  
Personnes transféminines  
Personnes non-binaires



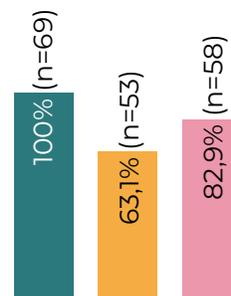
## Intervention sur le haut/bas du corps

Concernant les interventions liées au haut/bas du corps, 100% des personnes transmasculines désirent en réaliser ou en ont réalisé au moins une, la plus courante étant la **mastectomie** (97,1%), suivie de la **liposuction des hanches** (29%).

En comparaison, les personnes transféminines sont 63,1% à se tourner vers ce type d'intervention, principalement l'**augmentation mammaire** (56%) et le **lipofilling des hanches** ou des fesses (23,8%).

## Proportion de personnes ayant eu ou désirant des interventions du haut/bas du corps (N=223)

Personnes transmasculines  
Personnes transféminines  
Personnes non-binaires



Les personnes non-binaires quant à elles sont 82,9% à désirer ou réaliser ce type d'interventions. Elle se tournent principalement vers la mastectomie (72,9%) mais aussi de manière non négligeable vers la réduction mammaire (14,3%), un désir très peu mentionné par les autres catégories. Elles sont aussi nombreuses à désirer la liposuccion des hanches (22,9%).

Des personnes ont également mentionné vouloir des corrections (notamment de leur mastectomie), des liposuccions dans d'autres parties du corps ou une épilation laser sur le corps (et non le visage). Notons que pour cette catégorie, seule la mastectomie est une intervention couverte par la RAMQ. Ces interventions sont considérées importantes par les participant.e.s puisqu'elles leur permettent de se sentir plus en sécurité, et plus confortable avec leur image de soi.

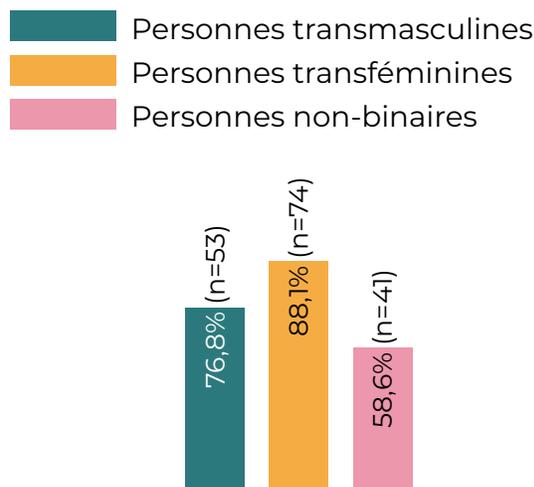
### Interventions sur les organes génitaux

Enfin, concernant les interventions génitales, les personnes transféminines sont les plus nombreuses à les désirer ou réaliser (88,1%) et se tournent principalement vers la **vaginoplastie** (75%) et/ou **l'orchidectomie** (17,9%).

De leur côté 76,6% personnes transmasculines ont réalisé ou envisagent une opération génitale, principalement une **hystérectomie** (60,9%), l'ovariectomie (27,5%) ou diverses interventions externes: **métoidioplastie** (30,4%), **phalloplastie** (33,3%), prothèse pénienne d'érection/Phallo stade 2 (27,5%), scrotoplastie (27,5%), implants testiculaires (29%).

Les personnes non-binaires sont significativement moins nombreuses à désirer ou réaliser des interventions génitales (58,6%). Elles se tournent majoritairement vers l'**hystérectomie** (41,4%) et la **métoidioplastie** (20%).

### Proportion de personnes ayant eu ou désirant des interventions sur les parties génitales (N=223)



Là encore, la question de l'image de soi est centrale dans la décision d'avoir recours à ces interventions :

*J'avais beaucoup de dysphorie au niveau des organes génitaux, c'est la première opération que j'ai été chercher. Si ce n'était pas couvert, j'aurais tout fait pour l'avoir en premier. Heureusement pour moi c'était le cas. Je ne pouvais aucunement me regarder nue dans le miroir sans avoir mal au coeur.*

(participante 24, transféminine)

Beaucoup de participant.e-s ont également mentionné la santé sexuelle comme moteur de décision concernant ces interventions. Avoir une intervention génitale permettrait de se sentir mieux dans sa vie sexuelle, de pouvoir réaliser certaines pratiques sexuelles comme la pénétration et de s'affirmer pleinement dans sa sexualité. Une autre raison qui est spécifiquement ressortie pour cette catégorie concerne les enjeux de fertilité mais aussi de santé physiologique. Plusieurs personnes souhaitent ne plus risquer de tomber enceintes ou ne plus avoir de règles parfois douloureuses. Étonnamment, plusieurs participant.e-s ont évoqué la volonté de ne plus produire d'hormones féminisantes (grâce à une hystérectomie par exemple) afin de pouvoir cesser de prendre de la testostérone. Pourtant, il n'est pas recommandé de cesser tout traitement hormonal suite à une gonadectomie ou hystérectomie. Cela pose donc la question de l'accès à l'information concernant les conséquences de cette intervention. Mais, comme nous l'a fait remarquer une personne ayant assisté à la consultation communautaire, il se peut aussi que des personnes souhaitent ne plus produire d'hormones non désirées dans le cas où un contexte difficile (politique par exemple) les empêcherait d'accéder aux traitements voulus, et ce, même si cela doit mettre en danger leur santé.

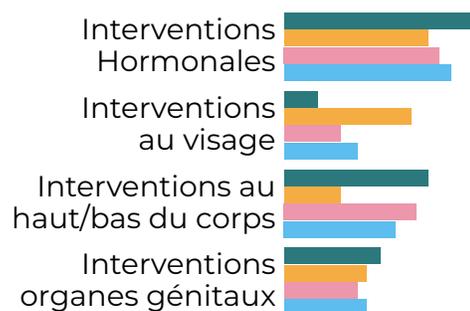
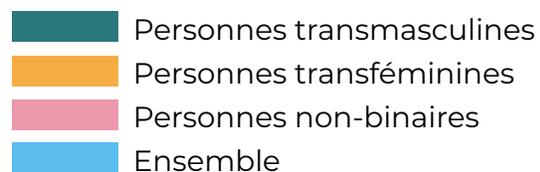
### Priorités dans les interventions désirées ou réalisées

Afin d'analyser quelles interventions sont les plus prioritaires, nous avons attribué un score à chaque catégorie d'intervention. Si une catégorie est sélectionnée à la première place, cela vaut 4 points, à la deuxième place, cela vaut 3 points, et ainsi de suite. Nous avons ensuite divisé ce score par le nombre de personnes ayant répondu à la question, ce qui nous a donné un score moyen sur 4 (plus le score est élevé, plus l'intervention est prioritaire).

Dans l'ensemble, la catégorie la plus prioritaire concerne les interventions hormonales avec un score de 3,18 sur 4 pour l'ensemble et la moins prioritaire est celle des interventions au visage (1,54). Cependant, on observe des différences significatives entre les groupes de genre.

Chez les personnes transmasculines, les hormones sont de loin les plus prioritaires (3,70), suivies des interventions du haut/bas du corps (2,95). Les interventions génitales arrivent à la troisième place avec un score moyen de 1,89 sur 4 et les interventions au visage apparaissent comme les moins prioritaires (0,68).

Les personnes non-binaires suivent une tendance similaire et priorisent les interventions hormonales (3,06), et les interventions du haut/bas du corps (2,85). Les organes génitaux viennent également en troisième position avec 1,58 sur 4 et les interventions au visage sont également en quatrième position avec toutefois un score un peu plus élevé que chez les personnes transmasculines (1,17).



Chez les personnes transféminines les interventions hormonales arrivent aussi en première position mais avec un plus faible score (2,87). Par contre, ce sont les interventions au visage qui arrivent en seconde position avec un score nettement supérieur aux autres groupes (2,54). Les interventions aux organes génitaux sont à la troisième position (1,64) et les interventions du haut/bas du corps arrivent en dernier avec toutefois un score relativement élevé (1,49).

On remarque donc que les priorités relatives aux interventions ne sont pas exactement les mêmes selon le genre des individus. Si les interventions hormonales restent généralement les plus prioritaires, on voit que pour les personnes transmasculines et non-binaires les interventions du haut/bas du corps ont également une forte priorité alors que les personnes transféminines priorisent davantage les interventions au visage.

## RÉSULTATS CROISÉS PAR ÂGE

L'analyse par âge doit être faite prudemment à cause de la répartition de genre dans les groupes d'âge de l'échantillon. Il y a en effet plus de personnes transmasculines dans les groupes plus jeunes et plus de personnes transféminines dans les groupes plus âgés. Ce qui signifie qu'on risque d'observer plus de besoins concernant les interventions féminisantes chez les personnes plus âgées et vice versa.

Pour corriger l'effet du genre sur les résultats, certaines interventions seront donc examinées par âge et par genre, ce qui rend les effectifs plus faibles (N<100). Ces données sont donc non généralisables. Elles peuvent simplement nous montrer des tendances sur cet échantillon qu'il faudrait confirmer avec de plus gros effectifs

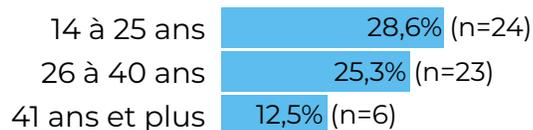
### Bloqueurs d'hormones ou de puberté

Une première donnée qui a attiré notre attention concerne les bloqueurs d'hormones ou de puberté. Les 41 ans et plus déclarent moins avoir eu ou désirer des bloqueurs d'hormones ou de puberté (12.5%) que les 26-40 ans (25.3%) et 26 ans et les 14-25 ans (28.6%).

L'usage de bloqueurs chez les jeunes trans est relativement récent. Il est donc possible que les groupes plus âgés n'aient pas bénéficié de ces traitements. Le nombre de personnes désirant ou ayant reçu des bloqueurs reste toutefois relativement bas, même chez les plus jeunes qui ont normalement plus facilement accès à ces traitements.

Si les bloqueurs d'hormones peuvent être utilisés à tout âge notamment par les femmes trans en complément de traitements hormonaux de substitution, les bloqueurs de puberté (qui permettent de retarder les effets de la puberté) ne sont réellement efficaces que s'ils sont pris assez tôt (lors des premiers signes visibles de la puberté). Il est possible que des personnes aient commencé leur transition trop tard pour en bénéficier ou qu'iels n'y aient pas eu accès suffisamment tôt.

### Bloqueurs d'hormones ou de puberté désirés ou obtenus, par âge (N=223)



## Interventions du haut/bas du corps (excluant organes génitaux)

Quel que soit l'âge, 100% des personnes transmasculines désirent ou ont reçu une intervention chirurgicale pour le haut ou bas du corps. Cela apparaît comme un besoin stable à travers les différents groupes d'âge.

Par contre, les personnes transféminines de 41 ans et plus sont un peu plus nombreuses (74.3%) que les autres groupes (56.3% et 52.9%) à désirer ou avoir réalisé une intervention chirurgicale sur le haut ou bas du corps. On peut notamment observer une différence concernant l'augmentation mammaire, désirée ou réalisée par 47.1% des 14-25 ans, 53.1% des 26-40 ans, 62.9% des 41 ans et plus.

### Personnes transmasculines (N=69)

14 à 25 ans	100%	(n=34)
26 à 40 ans	100%	(n=30)
41 ans et plus	100%	(n=5)

### Personnes transféminines (N=84)

14 à 25 ans	52,9%	(n=9)
26 à 40 ans	56,3%	(n=18)
41 ans et plus	74,3%	(n=26)

Notons que certaines personnes disent attendre de voir les effets des hormones avant de prendre une décision concernant le type d'intervention, ce qui pourrait peut-être expliquer pourquoi les groupes plus jeunes l'envisagent moins ou l'ont moins réalisée :

*Malgré le temps que j'ai passé sur l'hormonothérapie, il n'y a pas eu beaucoup de croissance au niveau des seins. Mon torse est resté relativement plat. J'ai encore espoir que la croissance va reprendre sur le long terme, puisque l'hormonothérapie est un long processus. Mais si rien ne change, je vais sérieusement considérer la chirurgie.*

(Participante 221, transféminine)

À l'inverse, une personne transmasculine qui ne veut plus de poitrine devra dans tous les cas obtenir une mastectomie puisque les hormones ne permettront pas de la faire complètement disparaître, ce qui pourrait expliquer un besoin ou désir même à un jeune âge. Il faut toutefois analyser ces chiffres avec prudence étant donné le faible effectif.

## Interventions sur les organes génitaux

Concernant les interventions sur les organes génitaux (qui ne sont pas pratiquées avant l'âge de 18 ans), on observe un taux un peu plus bas chez les 14-25 ans (70.6%) par rapport aux 26-40 ans (86.7%). L'hystérectomie plus précisément est mentionnée par 55,9% des 14-25 ans transmasculines contre 69,7% des 26-40 ans.

Concernant les interventions sur les organes génitaux (qui ne sont pas pratiquées avant l'âge de 18 ans), on observe un taux un peu plus bas chez les 14-25 ans (70.6%) par rapport aux 26-40 ans (86.7%). L'hystérectomie plus précisément est mentionnée par 55,9% des 14-25 ans transmasculines contre 69,7% des 26-40 ans.

Il faudrait confirmer cette tendance sur de plus gros échantillons mais notons d'une part que les 14-18 ans n'ont pas pu réaliser d'interventions sur les organes génitaux et n'ont pu que manifester un désir d'en avoir, ce qui pourrait impacter le petit nombre. Aussi, notons que depuis 2015, une loi permettant de changer de mention de sexe sans subir d'opération génitale est entrée en vigueur. Les 14-25 ans n'ont donc jamais eu cette obligation légale, ce qui pourrait expliquer un plus faible taux d'interventions réalisées ou désirées. Cependant, on observe que le besoin face aux interventions génitales persiste de manière significative même chez les plus jeunes n'ayant plus d'obligation légale. L'entrée dans la sexualité pourrait aussi peut-être impacter le désir d'obtenir ce type d'intervention selon l'âge.

Chez les femmes trans on observe également une légère différence mais plutôt entre le groupe des 41 ans et plus (94.3%) et les 26-40 ans (84.4%)

### Personnes transmasculines (N=69)

14 à 25 ans	70,6% (n=25)
26 à 40 ans	86,7% (n=26)

### Personnes transféminines (N=84)

14 à 25 ans	82,4% (n=14)
26 à 40 ans	84,4% (n=27)
41 ans et plus	94,3% (n=33)



# Barrières dans l'accès aux soins

Dans le questionnaire, nous avons posé la question suivante pour chaque catégorie d'interventions: «Concernant les interventions que vous désirez réaliser un jour, existe-t-il une raison qui vous empêche de l'obtenir?». Puis «si oui, quelle était la raison principale?». Les participant-e-s ne pouvaient sélectionner qu'un choix de réponse parmi les options suivantes:

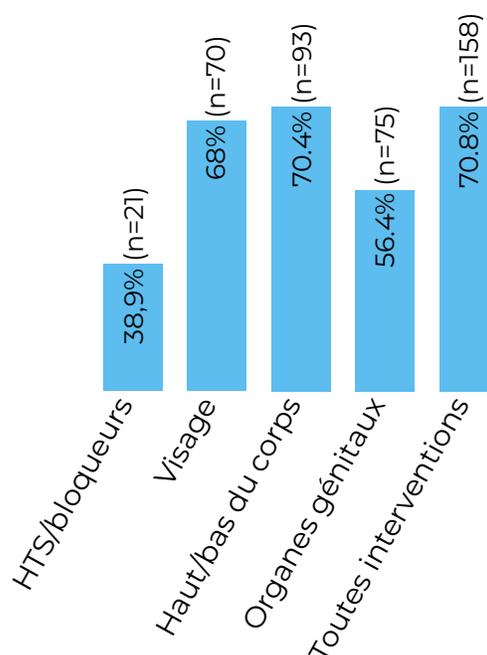
- Restrictions liées à mon âge
- Restrictions liées à mon statut de résidence
- Restrictions liées à ma condition médicale et/ou psychologique
- Difficultés reliées à des barrières financières
- Barrières logistiques
- Barrières géographiques
- Manque de soutien entourage
- Craintes reliées à l'intervention
- Manque de soins inclusifs et transaffirmatifs dans ma région
- Refus de soins
- Autre

70,8% des personnes désirant une intervention non-réalisée ont rencontré des barrières pour au moins une intervention, toutes catégories confondues.

Les interventions du haut/bas du corps et les interventions au visage sont celles pour lesquelles il y a le plus de barrières d'accès (68% visage et 70.4% H/B du corps).

Les catégories d'interventions où les personnes rencontrent plus de barrières sont des interventions non couvertes (à l'exception de la mastectomie).

**Nombre de personnes rencontrant des barrières par catégorie d'interventions (N=223)**



## Interventions hormonales

Pour ce qui est des interventions de type hormonal, 54 personnes ont mentionné désirer une intervention. Parmi elles, 38,9% mentionnaient rencontrer des barrières: principalement des craintes liées à l'intervention, des barrières financières ou des restrictions liées à l'âge. Notons que concernant les interventions hormonales, plusieurs personnes qui avaient déjà obtenu des traitements hormonaux ont tout de même indiqué désirer en obtenir car elles souhaitent poursuivre leur traitement. Certaines personnes ont également indiqué désirer des traitements ayant des effets spécifiques mais ne savent pas si ça existe. Par exemple, une personne qui se décrit plutôt comme non binaire dit vouloir des hormones qui bloqueraient certains effets de la testostérone mais mentionne: «Je ne sais pas si c'est possible et, si oui, je n'ai pas encore trouvé et j'ai peur.» (participant-e 317, non-binaire et en questionnement). Une personne a également évoqué les problèmes de rupture de stock de certains traitements hormonaux, ce qui pourrait menacer sa santé puisque son corps ne produit plus d'hormones:

*Ce qui me bloque sont les backorders trop fréquents de la testostérone par injection, spécifiquement du Delatestryl. Au moins 1 à 2 fois par année, depuis 10 ans, il y a des pénuries. Et je suis allergique aux autres sortes de testostérone injectables, en plus de ne pas absorber les solutions topiques. Alors je continue ma prise de testostérone - je n'ai plus le choix anyway, mon corps ne produit plus naturellement d'hormones - mais c'est pas toujours simple.*

(Participant-e 294, transmasculin-e et non-binaire)

Enfin, quelqu'un a mentionné que ses injections lui coûtent 100\$ par mois et ne sont pas remboursées: «J'ai obtenu l'hormonothérapie mais ça me coûte 100\$ par mois pour les injections car ce n'est pas couvert par les assurances.» (participante 23, transféminine).

Dans cette catégorie on constate que les personnes non-binaires sont celles qui rencontrent le plus des barrières d'accès. Plusieurs hypothèses sont possibles: les personnes pourraient peut-être se confronter à des refus de soins en raison de leur identité de genre, ou bien les traitements hormonaux ne sont peut-être pas bien adaptés aux besoins des personnes non-binaires.

## Barrières rencontrées dans les interventions hormonales, par genre (N=223)

Personnes transmasculines	33,3% (n=4)
Personnes transféminines	22,2% (n=4)
Personnes non-binaires	54,2% (n=13)
Ensemble	38,9% (n=21)

## Interventions au visage

103 personnes ont dit désirer des interventions au visage. Parmi elles, plus de deux tiers (68%) ont dit rencontrer des barrières d'accès. En très grande majorité, les personnes ont mentionné des barrières financières (84,3%). D'autres barrières ont été cochées de manière anecdotique comme le manque de soutien de l'entourage, les barrières logistiques, les craintes liées à l'intervention. La réponse d'une participante qui parle de l'importance des interventions au visage met en lumière le problème des barrières financières pour des interventions qui sont jugées parfois plus importantes que des interventions actuellement remboursées.

Une autre participante soulève le fait que plusieurs séances, toujours payantes, sont nécessaires pour retirer définitivement les poils du visage. Elle montre aussi les aspects très concrets que le manque d'accès à ce type d'intervention peut avoir sur sa vie quotidienne.

*Pour la féminisation du visage, il y a certains traits masculins toujours présents malgré les hormones. La dysphorie varie selon les jours, n'étant pas possible d'y avoir accès dû au coût exorbitant j'ai appris à vivre avec ces traits qui me fatiguent et trouver des techniques pour moins être affectée par ceux-ci. Cela dit, une chirurgie de féminisation du visage viendrait considérablement réduire ma dysphorie à cet égard.*

(Participante 24, transféminine)

Dans cette catégorie, on voit que les personnes transféminines et non-binaires rencontrent plus de barrières (71.9% et 68%) que les personnes transmasculines (53.3%). Elles sont également plus nombreuses à désirer ces interventions.

### Barrières rencontrées dans les interventions au visage, par genre (N=103)

Personnes transmasculines	53,3% (n=8)
Personnes transféminines	71,9% (n=46)
Personnes non-binaires	66,7% (n=16)
Ensemble	68% (n=70)

### Barrières rencontrées dans les interventions au haut/bas du corps, par genre (N=132)

Personnes transmasculines	65% (n=26)
Personnes transféminines	80,8% (n=38)
Personnes non-binaires	64,4% (n=29)
Ensemble	70,4% (n=93)

## Interventions haut/bas du corps

Un autre type d'intervention qui fait l'objet d'importantes barrières concerne les chirurgies du haut et bas du corps. 132 personnes ont dit désirer ces interventions et parmi elles, 70,4% ont rencontré des barrières. Encore une fois, la barrière mentionnée comme étant la plus importante est la barrière financière (63,4%). Cependant, les participant.e.s ont aussi sélectionné en plus petit nombre les craintes liées à l'intervention (8,6%), les barrières logistiques (7,5%), les restrictions liées à l'âge (5,4%) ou des barrières «autres» (5,4%), et de façon plus anecdotique, le manque de soins inclusifs en région, le manque de soutien de l'entourage, les restrictions liées à des problèmes médicaux, ou encore le statut de résidence. Une personne a également mentionné de «Mauvaises expériences dans le système médical» (participant.e 15, non-binaire), et une autre dit vouloir des choses contradictoires.

La.e participant.e 246 (non-binaire) illustre bien le problème du manque de service dans les régions : «C'est sûr que c'est limitant de devoir aller à Montréal pour avoir une mastectomie. Je dois attendre de mieux pouvoir m'organiser avant d'entreprendre les démarches, et la distance est un des facteurs.».

Les personnes transféminines sont celles qui sont les plus confrontées à des barrières dans l'accès aux soins du haut/bas du corps (80.8%), suivies des personnes transmasculines (65%) et non-binaires (64.4%).

Il faut dire que dans cette catégorie l'intervention la plus désirée par les personnes transmasculines (la mastectomie) est couverte alors que l'intervention la plus souhaitée par les personnes transféminines (augmentation mammaire) ne l'est pas.

## Interventions génitales

Concernant les interventions génitales, le tableau est assez différent des autres formes d'intervention. Soulignons d'abord qu'un grand nombre de personnes (n=133) souhaitent y avoir recours. Parmi elles, 56,4% disent rencontrer des barrières. Cependant, la barrière la plus mentionnée concerne les craintes liées à l'intervention (37,3%). Dans les réponses qualitatives, plusieurs personnes ont en effet parlé de leur peur d'avoir de mauvais résultats, de perdre des fonctions sexuelles (notamment les sensations) ou d'avoir des complications.

*Je suis présentement en réflexion sur laquelle des deux opérations principales de réassignation de genre je désire, alors pour l'instant je préfère ne rien changer tant que je n'ai pas vraiment fait un choix sur ce qui me conviendra le plus. Le fait qu'il y ait des grandes cicatrices ou un risque de perte de sensation joue beaucoup dans mon indécision bien que je sente une grande dysphorie à ce niveau de mon corps. J'ai aussi des appréhensions par rapport aux résultats de chacune des chirurgies de réassignation qui me font hésiter. Si je décide de faire la chirurgie et que le résultat ne diminue pas ma dysphorie car elle n'est pas assez réussie, ce n'est pas la même chose que de changer de prothèse pelvienne. On doit vivre avec ou refaire une chirurgie, ce qui est beaucoup plus exigeant physiquement et psychologiquement que de changer de prothèse.*

(Participant 316, transmasculin)

Une autre barrière importante concerne encore une fois les coûts (17,3%). Cela pourrait sembler étonnant étant donné que les interventions génitales sont normalement couvertes par la RAMQ. Cependant, les réponses qualitatives ont permis de mettre en lumière certains enjeux financiers. En effet,

si l'intervention est remboursée, il y a des frais annexes à prévoir comme la période de convalescence pendant laquelle on ne peut pas travailler.

D'autres ont mentionné que l'intervention spécifique souhaitée n'est pas couverte et que la seule option proposée n'est pas satisfaisante : «J'ai mentionné barrière financière, car la seule option couverte par la RAMQ est le GRS Montréal, qui utilise une technique désuète et arriérée comparé au reste du monde» (participante 255, transféminine). D'ailleurs, plusieurs personnes ont soulevé que les techniques proposées au GRS sont insatisfaisantes : «Les méthodes de vaginoplastie utilisées par le GrS (et donc couvertes par le RAMQ) ne me conviennent pas. J'aimerais qu'ils pratiquent plus d'une méthode chirurgicale.» (Participante 97, transféminine).

## Barrières rencontrées dans les interventions aux organes génitaux, par genre (N=133)

Personnes transmasculines	64,2% (n=34)
Personnes transféminines	42,2% (n=19)
Personnes non-binaires	62,9% (n=22)
Ensemble	56,4% (n=75)

Les restrictions liées à l'âge concernent 10,7% de l'échantillon. De manière plus anecdotique, des personnes ont mentionné des restrictions liées à la condition médicale/physiologique, les barrières logistiques, le manque de soutien de l'entourage et le manque de soins inclusifs en région.

Par contre, 18,7% ont sélectionné l'option «autre». Dans cette catégorie, les personnes ont notamment mentionné, comme nous l'avons vu un peu plus tôt, les périodes de convalescence, les résultats insatisfaisants, mais aussi des mauvaises expériences vécues avec le milieu médical : «Malheureusement les traumatismes vécus lors de ma première chirurgie font en sorte que je ne veux pas retourner au GRS Montréal» (Participant-e 5, transmasculin-e et non-binaire), «Mauvaise expérience et suivi inadéquat lors de la phase 1 de la métodioplastie. Manque de confiance envers la seule équipe chirurgicale financée par le gouvernement québécois.» (Participant 28, transmasculin). La question de la fertilité a également été mentionnée «Ne veut pas perdre sa fertilité car veut des enfants biologiques sans les porter lui-même.» (Participant 94, transmasculin), ainsi que la difficulté à obtenir les lettres de recommandation : «Difficulté de trouver un-e spécialiste pour me remplir une deuxième lettre» (Participant-e 146, transféminine).

À l'inverse des interventions au visage ou pour le haut et bas du corps, ce sont cette fois-ci les personnes transmasculines et non-binaires qui sont les plus touchées par les barrières dans l'accès aux interventions génitales (71.9% et 66.7% vs 53.3%). Cela pourrait peut-être s'expliquer par le fait que les techniques proposées aux personnes transmasculines offrent des résultats un peu moins satisfaisants ou nécessitent des interventions plus lourdes (greffe de peau, etc.) dont certaines entraînent des coûts connexes (épilation définitive).



# Pistes d'amélioration

Dans notre questionnaire, nous avons demandé aux répondant·e·s ce qui pourrait être fait pour faciliter l'accès aux interventions médicales et esthétiques qu'ils désirent au Québec. Il s'agissait d'une question ouverte et les participant·e·s étaient donc libres de répondre ce qu'ils voulaient. Plusieurs thèmes principaux sont ressortis de l'analyse:

- Une meilleure couverture des soins
- Plus d'informations et de ressources
- Personnel formé, informé, favoriser l'inclusion
- Plus de cliniques/pros offrant ces services pour avoir le choix
- Réduire le gatekeeping/Diminuer charge administrative
- Régionalisation des services
- Réduire délai d'attente
- Plus de suivi et accompagnement (aussi post op)
- Autres thématiques

## Meilleure couverture des soins

Un très grand nombre de personnes ont évoqué la question de coûts des soins. L'idée qui revient principalement c'est le besoin de mieux couvrir les soins; particulièrement ceux considérés comme «esthétiques» qui ne sont pas actuellement remboursés mais aussi les corrections ou encore les interventions préalables aux interventions remboursées (comme l'épilation définitive qui est nécessaire pour effectuer une phalloplastie).

## Plus d'informations et de ressources

Un grand nombre de personnes ont rapporté qu'il était difficile de s'informer sur les possibilités lorsque l'on souhaite faire une transition médicale, particulièrement lorsque les besoins sortent des standards.

*Des informations fausses circulent et il y a peu d'uniformité dans les traitements et l'accès à ceux-ci. Particulièrement, les enjeux relatifs à la planification familiale, la fertilité et la santé gynécologique sont peu présents dans le discours et l'information disponible est changeante.*

(participant·e 318, transmasculin·e et non-binaire)

Les participant·e·s demandent donc que l'information soit plus accessible, plus centralisée, plus à jour aussi, notamment concernant les options possibles, les conséquences des interventions et les démarches à effectuer.

## Personnel formé, informé, favoriser l'inclusion

Le manque de formation du personnel a souvent été évoqué par les participant·e·s. Ceux-ci aimeraient que les professionnel·le·s de la santé en général soient mieux informé·e·s sur les réalités des personnes TNB afin de rendre le milieu médical plus inclusif mais aussi plus sécuritaire pour cette population.

En effet, plusieurs participant·e·s ont mentionné des expériences de mégenrage, de micro-agressions ou de discrimination de la part des praticien·ne·s :

*Il y a encore beaucoup de discrimination dans les hôpitaux / cabinets de médecins par rapport aux chirurgies, on le sent que les médecins de famille ne veulent pas offrir de chirurgies aux personnes trans ou les découragent par rapport à cela, ce qui m'est arrivé avec ma propre médecin de famille.*

(Participant 201, transmasculin)

Plusieurs personnes ont évoqué la nécessité de former les professionnel·le·s à l'approche transaffirmative mais aussi de former les médecins de famille pour qu'ils puissent prescrire des hormones. Cela permettrait notamment d'éviter de devoir consulter des spécialistes et de réduire les délais.

### **Plus de cliniques/pros offrant ces services pour plus de choix dans les techniques**

Toujours dans le but de réduire les délais, mais aussi afin d'avoir plus de choix, les participant·e·s soulèvent la nécessité d'avoir plus de praticien·ne·s et de centres médicaux publics offrant des services d'affirmation du genre.

*J'aurais apprécié un plus grand choix par rapport au chirurgien et des spécialistes qui pratiquent les techniques chirurgicales les plus à jour, pouvoir avoir plus d'input sur l'esthétique de ma vulve, etc.*

(participante 145, transféminine)

En effet, le manque de choix dans les techniques disponibles a été souvent discuté. Certaines techniques déjà existantes ne sont pas toujours disponibles au Québec, ce qui pousse parfois des individus à devoir se faire opérer ailleurs à leurs propres frais.

Les participant·e·s souhaiteraient qu'il y ait également plus de recherche pour développer de nouvelles techniques, et ce en prenant en compte également les besoins des personnes non binaires.

### **Réduire le gatekeeping / Diminuer charge administrative**

Un bon nombre de participant·e·s ont dit vouloir une réduction du gatekeeping, c'est-à-dire des barrières mises en place pour vérifier la légitimité des individus à accéder à certains soins (généralement en fonction de normes binaires et cisnormatives).

Comme alternative à un système qui contrôle l'accès aux soins selon des normes strictes avec des demandes de lettres de références et de nombreuses questions posées aux patient·e·s, des participant·e·s aimeraient plutôt que l'on réduise la charge administrative et la complexité du processus, et que l'on ait recours à des pratiques de consentement éclairé :

*Fonctionner avec le consentement éclairé pour l'accès à tous les types d'intervention, au lieu de le laisser à la discrétion du médecin.*

(Participant·e 211, transmasculin·e et non-binaire)

## Régionalisation des services

La question du manque de service dans les régions a été largement souligné par les participant·e·s. Le fait notamment que le seul centre chirurgical se trouve à Montréal pose problème sachant que le territoire du Québec est très étendu. Ce participant illustre les gros problèmes d'accès aux services dans la région du Bas-Saint-Laurent:

*Le corridor de service public dans ma région est hautement problématique. Il implique de rencontrer un psychiatre, dont la liste d'attente est de plus d'un an. Une fois la première rencontre réalisée, il demande de «réfléchir» à notre demande (hormonothérapie ou autre) pendant 8 mois, avant de nous rencontrer de nouveau. Après quoi, il accepte ou non de référer aux endocrinologues ou au GRS. Dans mon cas, j'avais une lettre de référence de ma psychologue (formée par l'Institut pour la santé trans) pour l'hormonothérapie. Malgré cela, on exigeait quand même que je rencontre le psychiatre du CISSS (!). J'ai donc fait une demande à Québec, au CHUL, afin d'avoir accès en quelques jours à un endocrinologue et donc, à une prescription de testostérone. Bref, dans le BSL, il y a actuellement des obstacles majeurs dans l'accès aux soins de santé pour les personnes trans...*

(Participant 272, transmasculin)

Les participant·e·s demandent donc d'avoir plus de services en dehors de Montréal, et des corridors de services dans chaque région, adaptés aux besoins des personnes TNB.

## Réduire les délais d'attente

La question des délais d'attente a souvent été soulevée par les participant·e·s. Nous l'avons déjà mentionné dans certaines pistes d'amélioration qui permettraient de réduire ces délais. Un·e participant·e rappelle l'importance de considérer les interventions d'affirmation de genre comme une priorité que l'on ne doit pas laisser trainer.

## Plus de suivi et accompagnement

Les participant·e·s ont soulevé le besoin d'un meilleur suivi et accompagnement des parcours, notamment pendant la période post-opératoire.

La question du soutien psychosocial tout au long de la transition a également été mentionnée comme un besoin potentiel:

*En parlant de ça, plus de soutien psychosocial. Transitionner médicalement peut venir avec son lot de défis et je pense que plusieurs personnes bénéficieraient énormément d'être suivi·e·s. Pas que ce soit prescriptif, mais que ce soit plus accessible pour aider les gens à se rendre là s'ils en ont besoin.*

(participant·e 317, non-binaire)

## Autres thématiques

De manière plus anecdotique, d'autres points ont été soulevés par les participant·e·s comme le besoin de visibiliser et normaliser les personnes trans, reconnaître la nécessité des soins, ne plus avoir à se faire constamment référer ailleurs, avoir un soutien parental et créer un comité des usager·e·s TNB.

# Conclusion

En conclusion, notre recherche montre que les besoins en matière de traitements d'affirmation du genre peuvent varier selon le genre et l'âge des individus. On observe notamment que les personnes transféminines ont plus de besoins concernant des interventions dites «esthétiques», et ce afin de pouvoir être reconnues socialement dans leur genre et diminuer les discriminations qu'elles subissent. Les personnes non-binaires semblent plus se tourner vers des interventions correctrices et manifestent également des besoins très spécifiques (par exemple corriger certains effets ciblés des traitements hormonaux tout en en conservant d'autres).

On observe également que les personnes trans et non-binaires font encore face à des barrières dans l'accès aux soins, notamment des barrières financières – particulièrement pour les interventions dites «esthétiques» qui ne sont pas couvertes mais aussi pour des interventions couvertes qui font l'objet de frais connexes. Les femmes trans sont particulièrement touchées par les barrières financières puisqu'elles ont plus de besoins concernant les interventions non couvertes. D'autres barrières ont également été soulevées par les participant.e.s comme le manque d'information, le manque d'options adaptées à leurs besoins et les craintes liées aux interventions (particulièrement pour les interventions génitales). Le problème du manque d'accès dans les régions et du manque de formation des professionnel.le.s de la santé ont également été soulevés.

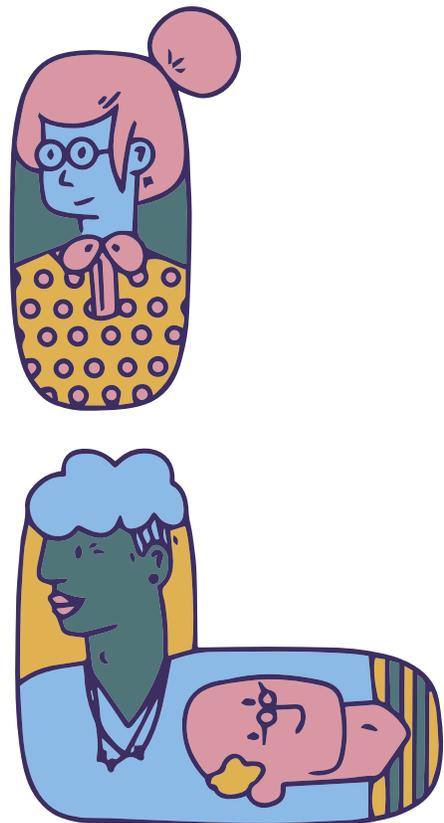
Les participant.e.s aimeraient donc voir des améliorations à plusieurs niveaux: améliorer la couverture des soins (y compris les soins dits «esthétiques»), améliorer l'accès à l'information, mieux former les professionnel.le.s, offrir un plus grand choix dans les techniques et centres de soins disponibles, diminuer les barrières administratives, régionaliser des services, réduire les délais d'attente et mieux accompagner et soutenir les personnes tout au long du parcours de transition.

## LIMITES

Cette étude comporte deux limites. Comme les participant.e.s avaient la possibilité de choisir entre plusieurs types d'interventions médicales qu'ils ont réalisées d'une part, et les interventions médicales de même type qu'ils désirent réaliser, plusieurs participant.e.s ont amalgamé leurs réponses, entre les interventions réalisées et celles désirées, de sorte qu'il n'est pas possible d'analyser séparément les deux entités. Il se peut également que l'incompréhension de la distinction entre «intervention réalisée» et «intervention désirée» ait favorisé cette confusion. Afin de remédier à cet écueil, il a été convenu de générer, pour chaque type d'intervention, de nouvelles variables qui fusionnent l'information indiquant si une personne a réalisé ou désire réaliser cette intervention.

Relativement à l'analyse des barrières à la réalisation des interventions médicales désirées, les questions à ce sujet ont été posées à toutes les participant·e·s, indépendamment de leurs réponses aux questions portant sur les interventions désirées. Or, les participant·e·s qui ont indiqué ne pas désirer d'interventions ou qui mentionnent avoir déjà réalisé toutes les interventions dont ils avaient besoin, ne devraient pas être concerné·e·s par les questions sur les barrières. Aucun contrôle au niveau de la programmation du questionnaire ne permettait cependant de les filtrer. Pour pallier ce manquement, les filtres ont été appliqués a posteriori, au moment de l'analyse des données sur les barrières. Ceci est effectué en utilisant les réponses aux questions « aucune intervention désirée » (oui/non) et « j'ai déjà réalisé toutes les interventions dont j'avais besoin<sup>7</sup> » (oui/non), posées au niveau des interventions désirées.

Finalement, les données ont été collectées auprès d'un échantillon communautaire au Québec seulement, donc ne sont pas généralisables.



7. Cette réponse était manquante dans la question sur les interventions génitales.

# Glossaire

**Augmentation mammaire :** Chirurgie qui consiste à insérer des prothèses mammaires pour augmenter le volume des seins

**Féminisation faciale :** Chirurgie qui modifie les traits du visage

**Hystérectomie :** Retrait de l'utérus avec la possibilité de retirer les ovaires et les trompes de Fallope

**Implants capillaires :** Greffe de cheveux

**Implants testiculaires :** Insertion de prothèses artificielles dans le scrotum/poche de peau entourant les testicules, donne du volume aux testicules et empêche le scrotum de rétrécir.

**Lipofilling des hanches et/ou des fesses :** Chirurgie qui consiste à augmenter le volume des fesses et/ ou des hanches par l'injection de graisses retirées dans d'autres parties du corps

**Liposuction des hanches :** Chirurgie qui consiste à supprimer les amas graisseux situés au niveau des hanches

**Masculinisation faciale :** Chirurgie qui modifie les traits du visage

**Mastectomie :** Chirurgie visant à retirer les glandes mammaires afin d'obtenir un torse plat

**Métoidioplastie :** Construction d'un phallus/pénis en allongeant le clitoris, avec options de fermer la cavité/intérieur des génitaux et de créer une néo-urètre permettant d'uriner debout

**Orchidectomie :** Chirurgie visant le retrait des testicules avec la possibilité de retirer le scrotum

**Ovariectomie :** Ablation et retrait des ovaires

**Phalloplastie :** Création d'un phallus/pénis à partir d'un prélèvement de peau de l'avant-bras, avec création du gland et de l'urètre permettant d'uriner debout. Création de scrotum/poche testiculaire et fermeture de la cavité/intérieur des parties génitales.

**Prothèse pénienne d'érection/Phalloplastie stade 2 :** Après une phalloplastie, on implante une prothèse qui permet l'érection du phallus/pénis.

**Réduction du cartilage thyroïdien :** Chirurgie visant à retirer la pomme d'Adam

**Réduction mammaire :** Chirurgie qui vise à réduire le volume et le poids des seins

**Scrotoplastie :** Création d'un scrotum avec ou sans implant testiculaire. Le scrotum est la poche de peau qui entoure et protège les testicules.

**Vaginoplastie :** Chirurgie qui vise la construction d'un vagin (cavité vaginale) ainsi que les parties génitales externes (clitoris et vulve)

**Vulvoplastie/Clitoroplastie :** Construction des parties génitales externes (clitoris et vulve) sans la construction d'une cavité vaginale.





Fonds de recherche  
Société et culture  
Québec



CRC ReParE  
Centre de recherche en santé publique et en environnement des populations vulnérables

Université  
de Montréal

