

PASCUAL Victoria

Promotion 2019-2022



UE 5.6 S6 Analyse de la qualité et traitement des données scientifiques

## Elle en Il, Il en Elle...

Directeur de mémoire : GEVAUDAN Annie



**Institut de Formation en Soins Infirmiers**

740 chemin des Meinajaries

84 907 Avignon Cedex 9

### **Note aux lecteurs :**

*« Il s'agit d'un travail personnel et il ne peut faire l'objet d'une publication en tout ou partie sans l'accord de son auteur ».*

Remerciements,

Je tiens à remercier :

*Mme Annie GEVAUDAN, ma directrice de mémoire,*

Pour m'avoir guidé et accompagné tout au long de ce travail.

*Les professionnels de santé qui ont donné de leur temps afin de répondre présent aux entretiens,*

Pour leur présence et l'enrichissement qu'ils m'ont apporté.

*Mme B, alias Léa*

Pour s'être ouverte à moi, m'avoir raconté son histoire et me permettre ainsi de rédiger mon mémoire.

*Mmes PLOUSEY Clémence et NUNEZ Manuela,*

Pour leur contribution dans la recherche du titre de mon mémoire.

# Table des matières

Introduction .....	1
1 Situation d'appel .....	2
2 Cadre de références .....	5
2.1 Le transgenre.....	5
2.1.1 Historique du transgenre.....	5
2.1.2 Genre et identité.....	7
2.2 Transgenre et société .....	9
2.3 Transgenre et stigmatisation .....	11
2.3.1 Stigmatisation et maladie psychiatrique .....	14
2.3.2 Stigmatisation et retrait du statut de maladie psychiatrique .....	16
2.3.3 Préjugés .....	17
2.4 La relation soignant-soigné.....	18
2.4.1 La confiance .....	19
2.4.2 La rencontre de l'autre.....	21
3 Enquête exploratoire .....	24
3.1 Choix de la méthode de recherche .....	24
3.2 Choix de l'outil de recherche.....	24
3.3 Choix de la population interrogée et du lieu d'enquête .....	24
3.4 L'analyse.....	25
3.4.1 Transgenre .....	25
3.4.2 Stigmatisation et préjugés.....	30
3.4.3 La relation soignant-soigné .....	38
3.4.4 Autres... ..	43
3.5 Les limites des entretiens .....	45
4 Problématique.....	45

Conclusion .....	48
Bibliographie .....	50
Sitographie.....	51
ANNEXES .....	I
Annexe 1 : Demande d’entretiens.....	II
Annexe 2 : Le guide d’entretien.....	III
Annexe 3 : Entretien n°1 (Paris) .....	IV
Annexe 4 : Entretien n°2 (Tokyo).....	VIII
Annexe 5 : Entretien n°3 (Nairobi).....	X
Annexe 6 : Entretien n°4 (Denver) .....	XV
Annexe 7 : Entretien n°5 (Berlin) .....	XVIII
Annexe 8 : Tableau d’analyse des entretiens.....	XX
Annexe 9 : Autorisation de diffusion du travail de fin d’étude .....	XLI

## Introduction

A l'heure actuelle, de plus en plus de personnes transgenres connues sont médiatisées. De nombreuses mannequins femmes, auparavant des hommes, se sont affirmées comme transgenre, tel que Hari Nef, qui est également une actrice, Valentijn de Hingh photographiée pour des magazines célèbres comme Vogue et ayant défilé pour de grandes maisons comme Martin Margiela ou bien Comme des Garçons. Andreja Pejic, est aussi un top model très connu, qui a posé dans Vogue et a défilé pour Marc Jacobs, Jean-Paul Gaultier. Elle est aujourd'hui un des mannequins transgenres les plus demandés. Il existe évidemment de nombreux autres mannequins transgenres, qui ont ainsi bousculé le monde de la mode et participé à libérer, ouvrir les mentalités à ce sujet en changeant les « codes ».

Certaines personnalités politiques se sont également révélées être des personnes transgenres. Petra De Sutter est la première ministre transgenre nommée en Europe en 2020. Anciennement gynécologue, elle est tout d'abord reconnue à l'international pour son expertise portant sur la fertilité, elle s'est ensuite engagée dans la politique où elle devient sénatrice en 2014. Dans la même année, elle prend la décision de faire son coming-out en public, elle est alors la première femme transgenre élue au Sénat. Elle participe ainsi au combat contre la discrimination.

En Amérique, la première femme transgenre est élue au Sénat en 2021 en tant que Ministre adjointe à la Santé. Il s'agit de Rachel Levine. Cet événement nouveau et inédit est alors salué par la Maison Blanche. Cela permet une certaine visibilité pour les personnes transgenres mais aussi pour l'ensemble des LGBT+.

Pourquoi ai-je choisi ce sujet ? Réaliser mon mémoire sur le thème des transgenres a été si je puis dire évident lorsque j'ai vécu ma situation. Il s'agit d'un sujet nouveau et particulièrement tabou qui mérite d'être abordé, développé, travaillé afin d'élargir les champs des pensées. De plus en plus de personnes se dévoilent, assument au grand jour leur différence, prennent confiance en elles et entament une transformation physique. Certains magazines, émissions, reportages abordent la thématique mais ce n'est pas encore rentré dans les « normes ». Auparavant et depuis toujours il existait seulement les hommes et les femmes, rien d'autre. Aujourd'hui, depuis quelques années, en seulement une ou deux générations, un nouveau terme apparaît : les transgenres. Cela est nouveau et fait polémique, pour autant il existe des personnes transgenres depuis bien plus longtemps que ce que nous pensons et il y en a bien plus que ce

que nous imaginons également. Il est alors évident que prendre en soin une personne transgenre sera davantage fréquent dans les années à venir. Il est alors possible de se questionner au sujet de la relation soignant/soigné, si le fait d'être une personne transgenre impacte la relation de soin. C'est pour cela qu'il est, je pense, important d'acquérir des connaissances à ce sujet et de les partager afin de permettre une meilleure prise en soin des patients transgenres. Il s'agit de mieux connaître leur parcours, leur histoire, afin de ne pas avoir de préjugés, de s'adapter au mieux à leurs spécificités, et de tenter de les comprendre. Tout au long de notre carrière professionnelle nous apprenons, la société évolue et nous avec. Nous devons alors continuellement nous adapter, nous instruire afin de permettre une relation soignant/soigné de qualité. Ce travail, découlant de trois années d'études, est construit en différentes parties. Tout d'abord, nous commencerons par présenter la situation d'appel, puis la question ayant émergé de celle-ci. Ensuite, dans le cadre de référence, nous aborderons différents concepts : le genre, l'identité, la stigmatisation, la relation soignant/soigné. Dans une autre partie nous verrons l'enquête exploratoire puis nous terminerons par la problématique et la conclusion.

## 1 Situation d'appel

Ce jour-là, en stage à l'hôpital, un patient est admis dans le service à la suite d'une décortication pleurale droite, d'un hémithorax ayant nécessité un décaillotage ainsi que d'une thoracotomie droite. Le patient a donc deux drains en aspiration. Mais ceci n'est pas si important pour la suite de cet écrit. Nous accueillons ce patient sous le nom de « Mme B » que nous nommerons Léa afin de préserver son identité. Provenant d'un service adjacent, nous possédons la totalité de son dossier ainsi que ses antécédents, dans lequel était noté : « personne transgenre du sexe masculin vers le sexe féminin ».

Âgée de 20 ans, cette jeune femme étudiante en faculté, prend la décision de prendre une année sabbatique pour poursuivre sa transformation physique. Dès son plus jeune âge Léa a vécu dans un univers exclusivement féminin. Son père est parti lorsqu'elle avait six ans. Elle a grandi entourée de ses quatre sœurs ainsi que de sa mère. Enfant, ce ne sont pas les voitures, les camions ou les épées qui l'intéressaient mais plutôt les poupées. N'éprouvant pas de connivence particulière avec les garçons, elle préférait côtoyer les filles. A cette période, ses parents ne se posaient pas trop de questions. A l'âge de 11 ans, Léa éprouva l'envie de se vernir les ongles et

de mettre des vêtements féminins. Quoi de mieux que de prendre le vernis et les habits de sa mère en secret ? Elle y prenait beaucoup de plaisir. Les années passent et avec elles la conviction d'être une femme grandit. La préadolescence débute. Comme la plupart des adolescents, de nombreuses stars deviennent leur modèle. Léa rêvait de posséder de longs cheveux, de mettre des robes comme Séléna Gomez. A l'âge de 13 ans, elle commence à regarder de nombreuses vidéos concernant les personnes transgenres, puis, vers 15-16 ans, elle comprend. Elle comprend qu'elle souhaite devenir une femme. Tout devient évident. Elle commence à acheter quelques vêtements féminins tout en continuant de ne rien dire à sa mère par peur de sa réaction. Il est difficile pour elle d'assumer ce choix, cette nouvelle identité aux yeux de tous. Comment vont-ils réagir ? Vont-ils la rejeter à un des moments le plus important de sa vie, où elle se dévoile enfin ? Et dans la vie quotidienne, quelle sera sa place dans la société, dans sa famille ? N'appréhende-t-elle pas ? Jusqu'à ses 18 ans, Léa fait des recherches sur les transgenres ; elle se renseigne sur les démarches administratives et les différentes étapes relatives à la transformation à entreprendre dans le futur. A cette période, seuls ses amis sont au courant de la volonté de Léa. Comment a-t-elle fait pour cacher tout cela à sa famille ? Elle décide alors d'écrire une lettre à sa mère afin de tout lui raconter, lettre qu'elle n'osera jamais lui donner. Un jour, sa sœur trouve la lettre et la transmet à sa mère. La mère de Léa met environ trois semaines avant de trouver le courage d'avouer à sa fille qu'elle est au courant de tout et qu'elle la soutiendra jusqu'au bout. Quelle est la vie d'une personne transgenre dans notre société actuelle mais aussi dans un établissement de santé ? Comment se déroule la relation soignant/soigné ? Est-elle identique selon notre genre ? Comment faire face aux stigmatisations encore présentes malgré l'évolution des mentalités ? Léa est sûre d'elle. En 2019, elle prend rendez-vous chez un psychiatre pour obtenir une attestation permettant à un endocrinologue de lui fournir les hormones nécessaires à sa transformation. Alors âgée de 19 ans, elle peut enfin commencer sa transformation et être elle-même, après tant d'années de questionnements et de tourments. Malheureusement, étant hospitalisée, la patiente est forcée d'arrêter son traitement hormonal le temps de son séjour à l'hôpital. La prise en soin de la patiente sera-t-elle identique aux autres patients de par sa transformation ? L'équipe va-t-elle comprendre et tenir compte de cette différence ? Différence qui n'en est peut-être pas une au final.

A l'admission de Mme B, la chambre étant déjà attribuée avant l'arrivée des patients, celle-ci a été accueillie en tant que personne de sexe féminin dans une chambre double non occupée. Sachant que cette personne était en transition, nous nous sommes alors demandés si nous

devions l'installer à côté d'un homme ou d'une femme. Devions nous demander l'avis de la patiente ? Finalement, nous avons décidé qu'il n'était pas possible de l'installer avec un homme car, comme nous l'avons évoqué, Mme B se sent femme. Cependant, il était également exclu de la placer avec une femme, car elle possède la physiologie d'un homme. Au vu du nombre de patients présents au sein de service, il n'était pas envisageable de la transférer dans une chambre simple. Alors, après concertation entre les soignants ainsi qu'avec la cadre, la décision de « bloquer » le lit voisin a été prise. Cette situation fait émerger certaines questions. En tant que soignant, devons-nous respecter le genre ou la physiologie du patient ? De quelle façon devons-nous la prendre en soin ? Comment respecter au mieux son intimité ? Cette situation dura plus d'une semaine avant d'avoir la possibilité de transférer la patiente dans une chambre seule. Comment devons-nous la genrer ? Pour ma part, ce fut spontané de la qualifier en tant que femme. Cependant, ce n'était pas le cas de l'ensemble de l'équipe. Dans un premier temps l'équipe utilisait plutôt le pronom « il » puis, par la suite, jonglait entre les deux pronoms. Lors des relèves, certaines soignantes lançaient, d'un air agacé : « Oh, il/elle comme vous voulez ». Je ressentais une non-prise en compte de la volonté de la patiente qui se définissait en tant que femme et non en tant qu'homme. S'agissant de quelque chose de relativement nouveau, les soignantes éprouvaient-elles des difficultés à comprendre les personnes transgenres ? Ou ne cherchaient-elles pas à comprendre et à s'adapter ? Il en était de même dans la chambre de la patiente où certaines soignantes mégenraient, attitude pour le moins transphobe. Que devait ressentir la patiente à ce moment-là ? Est-ce une forme de discrimination ? De violence ? Fort heureusement, le mégenrage en présence de la patiente ne dura que quelques jours et le pronom « elle » fut employé durant la suite de son séjour hospitalier par les soignants. Le choix de changer de genre a-t-il un impact collectif, au-delà de l'impact individuel ? Il s'agit certes d'un choix personnel mais n'engage-t-il pas d'autres personnes finalement ?

Après réflexion et interrogation autour de la situation, la question de départ suivante a alors émergé :

« En quoi la stigmatisation d'une personne transgenre impacte la relation soignant-soigné ? »

## 2 Cadre de références

### 2.1 Le transgenre

Tout d'abord le mot transgenre vient du latin « trans » qui signifie « au-delà » ou bien « au travers ». Transgenre signifie donc « Au-delà du genre ». C'est en 2019 que le dictionnaire « Petit Robert » inscrit l'abréviation « trans » ainsi que plusieurs mots sur les différentes identités afin de lutter pour les minorités. Nous pouvons également parler de dysphorie de genre.

A la naissance, nous naissons avec le sexe féminin ou masculin et c'est ainsi que notre genre est attribué. Cependant, certaines personnes ne se reconnaissent pas dans celui-ci et prennent la décision de changer de genre et se définissent ainsi comme personne transgenre. L'expression de genre est très subjective, cela passe par le ressenti et l'envie ou non d'avoir un corps qui correspond à l'identité à laquelle on se sent appartenir. Le fait de ne pas se sentir en accord avec son genre et donc avec soi-même peut apparaître très jeune, dès l'âge de 3-4 ans, lorsque l'enfant est dans la possibilité d'exprimer ce qu'il pense ainsi que faire des choix. La personne transgenre se sent généralement mal dans son corps, un inconfort constant persiste et devient de moins en moins supportable avec le temps qui passe. L'envie d'être soi-même croît, mais assumer qui on est vraiment auprès de tous reste compliqué. A l'adolescence, le conflit entre le corps et l'identité de genre augmente, au moment où le corps se développe, se forme. Généralement le besoin d'entamer une transformation physique grâce aux hormones mais également de changer de sexe grâce à une opération chirurgicale apparaît à ce moment-là.

En 2020, 25 millions de personnes dans le monde étaient concernées par la transidentité, chiffre qui depuis, a sûrement augmenté. En 2021, en France, 15 000 personnes transgenre seraient estimées par l'association Objectif Respect Trans.

#### 2.1.1 Historique du transgenre

Malgré ce que nous pouvons croire, les transgenres existent depuis fort longtemps, dès le Moyen Age.

Au XX<sup>ème</sup> siècle, en 1910, un médecin Allemand Magnus Hirschfeld inventa le terme « travesti » afin de définir les personnes jouant un rôle de genre non conforme à leur physiologie. Il s'agit alors de l'intermédiaire entre les hommes et les femmes, de « *l'intermédiation sexuelle* » (Hirschfeld, M., *Les transgenres et leur histoire.*)

En 1953, Harry Benjamin, un endocrinologue, introduit le terme « transsexuel » afin de désigner « *les personnes qui se sentent appartenir à l'autre sexe et éprouvent le besoin de modifier leur corps* ». Magnus Hirschfeld déclare que « *les transsexuels vivent dans le mauvais corps* ». Ce mot s'imposa alors dans les milieux psychiatriques et médicaux mais également dans la vie quotidienne à travers les médias, les journaux, ... A cette période, la distinction entre les homosexuels et les transsexuels ne se faisait pas.

Arnaud Alessandrin, un sociologue, trouve que l'expression du médecin Magnus Hirschfeld est trop vaste, pas assez précise et peut porter à confusion en confondant ainsi le genre et la sexualité. Robert Stoller différencie les homosexuels et transsexuels : « *un homosexuel veut avoir un homme ou une femme, et un transsexuel veut être un homme ou une femme* ». (Stoller, R., *Les transgenres et leur histoire.*)

Dès 1920-1930, le médecin Magnus Hirschfeld créa l'Institut pour la science sexuelle et c'est ainsi que les premières opérations de transplantations d'organes génitaux sont faites dans le but de leur donner les organes génitaux qui leur correspondaient réellement. Celles-ci étaient très risquées pour l'époque. En 1930, une opération pratiquée sur un célèbre artiste Lili Elbe eut du succès. Ce peintre, né sous le nom de Einar Wegener, trouve que son corps ne lui correspond pas psychologiquement. Il prit alors la décision de faire de multiples interventions chirurgicales, malheureusement sa cinquième et dernière opération lui a été fatale. Son corps a rejeté l'utérus qui lui avait été transplanté afin de devenir mère.

Le livre *The Transsexual Phenomenon* de Harry Benjamin est un ouvrage de référence concernant les transsexuels dans la pensée médicale ; malheureusement, n'ayant pas été traduit, je n'ai pas pu m'aider de cet ouvrage pour mon mémoire.

En 1973, Norman Fisk et Donald Laub amènent la notion de dysphorie de genre qui signifie « *groupe de divers états apparentés par l'insatisfaction, voire la détresse, liées au sexe anatomique, et par une demande de changement de sexe* ». (Article : *Les transgenres et leur histoire.*) Il s'agit alors d'une vision psychologique et pathologique du transsexualisme et sera

alors classée dans le DSM qui est le manuel des diagnostics et statistiques liés aux maladies mentales, c'est une référence dans les milieux psychiatriques. Il est alors écrit que la transsexualité est un diagnostic distinct de maladie mentale.

Le terme transgenre fait son apparition en 1990. Au sein du DSM (Manuel des Diagnostics et Statistiques des troubles mentaux) ce n'est alors plus mentionné « transsexualisme » mais « trouble de l'identité du genre ». Des associations font alors en sorte que les transgenres ne soient plus considérés comme des personnes ayant des troubles psychiatriques vers 2006. De plus, elles souhaitent qu'il n'y ait plus de conditions juridiques nécessaires pour les personnes ayant le désir, le besoin, de pratiquer une intervention chirurgicale de réassignation sexuelle en toute légalité.

Avant le XX<sup>ème</sup> siècle, il est très difficile de trouver des témoignages de personnes transgenres tellement cette différence était mal vue.

Depuis maintenant plusieurs années, de nombreuses associations se sont créées soutenant les lesbiens, les gays, les bisexuels et les transgenres, ce sont les LGBT. Afin de soutenir les minorités sexuelles, de grandes manifestations sont organisées.

Face à ces mouvements de soutien, les transgenres sont confrontés à la transphobie, qui est un sentiment de rejet, de mépris voire de haine. La transphobie se manifeste par des discriminations diverses vis-à-vis des personnes transgenres (violences physiques, psychologiques, des propos insultants ...). Une loi sur le harcèlement sexuel est alors votée en 2012 afin de les protéger et leur permettre de porter plainte.

### 2.1.2 Genre et identité

Tout d'abord, qu'est-ce que l'identité ? Qu'est-ce que le genre ? L'identité c'est « qui nous sommes », et cela indépendamment des attributs sexuels. Cela renvoie à nos propres valeurs, nos normes, celles qui nous constituent en tant que sujet et nous représentent en tant que personne unique. Notre identité permet de s'insérer au sein de la société et de créer des relations. Le concept d'identité au sein de la psychologie sociale se définit comme étant « une interaction particulière du psychologique et du social chez un individu ». Il y a ainsi un rapport entre l'identité personnelle et l'identité sociale.

Le genre quant à lui renvoie aux deux sexes biologiques et peut ainsi être soit masculin soit féminin.

Et maintenant qu'est-ce l'identité de genre ? Il s'agit de la perception qu'une personne a de son propre genre, ou du moins, du genre qu'elle estime le plus conforme à ce qu'elle est, le plus conforme à la façon dont elle se perçoit elle-même, celui auquel elle estime appartenir. Le plus souvent l'identité de genre reste celle attribuée à la naissance et que l'on va garder tout au long de sa vie, mais parfois il arrive qu'une personne choisisse d'appartenir au genre opposé.

Nous avons expliqué au cours de cet écrit ce qu'est le transgenre. Il existe également la transidentité, c'est le fait d'avoir une identité de genre différente de celle assignée à la naissance.

Ces deux concepts se rapprochent significativement, il s'agit finalement de la même chose. Le mot « transgenre » permet de préciser que la personne a un genre différent de celui attribué à sa naissance alors que le mot « transidentité » englobe tout ce qui est relatif au genre, lorsque celui-ci est différent entre celui ressenti par la personne et celui donné par la société.

On pourrait donc dire que la notion de transidentité se situe avant le début de la transformation physique alors que la notion de transgenre intervient à partir du moment où la personne entame sa transformation via les traitements hormonaux.

Mais finalement, à quel moment apparaît le genre ? Peut-il être défini par la mère ? Il arrive parfois qu'une femme enceinte souhaite tellement fort que son enfant soit une fille par exemple mais qu'elle accouche d'un garçon, alors celui-ci aura des traits à caractère féminin ou peut même aller jusqu'à ne pas se sentir garçon mais fille. C'est à ce moment-là qu'il peut devenir transgenre. Comme dans le film « Petite-fille » de Sébastien Lifshitz où la mère de Sacha, un petit garçon qui se sent fille, voulait tellement une fille qu'elle en faisait une obsession, une fixation. De plus, elle a donné à son fils un prénom mixte « Sacha », ce qui peut participer à la confusion de l'enfant. Nous pouvons donc nous demander si de façon inconsciente cela n'a pas influencé la construction psychique de son fils. La mère conditionne et influence peut être, toujours de façon inconsciente, son fils à devenir une fille, fille dont elle rêvait tellement.

On dit souvent que nous sommes une réincarnation sur Terre. Et si notre âme n'avait pas quitté notre corps précédent ? Et si nous ne repartions pas réellement à zéro, que notre âme ne soit pas neutre à notre naissance ?

Françoise Héritier prend en exemple les Inuits. Chez eux, l'identité et le genre ne sont pas attribués en fonction du sexe anatomique mais en fonction de l'âme-nom réincarné. Durant l'enfance, les enfants sont traités, habillés, et ont des activités en fonction de leur sexe psychologique. A la puberté, du jour au lendemain, ils doivent se comporter selon leur sexe physiologique : l'individu doit accomplir les tâches de la vie quotidienne en fonction de son sexe apparent et non en fonction de son âme-nom.

Par exemple, « *un garçon peut être de par son âme-nom féminine, élevé et considéré comme une fille jusqu'à la puberté, remplir son rôle d'homme reproducteur à l'âge adulte et se livrer dès lors à des tâches masculines au sein du groupe familial et social, tout en conservant sa vie durant son âme-nom, c'est-à-dire son identité féminine.* » (Héritier, F., 2012) Il s'agit de la réincarnation d'une personne dans un corps, donc une femme peut se réincarner dans le corps d'un homme et inversement. Progressivement la personnalité de l'individu change pour s'adapter au sexe apparent.

## 2.2 Transgenre et société

Nous pensons certainement que choisir de changer de genre concerne seulement la personne elle-même. Détrompons-nous. Ce changement important impacte de nombreuses personnes : l'entourage, la famille, les amis, la société.

Ce n'est ni l'avant, ni l'après, qui interroge et pose problème, mais le moment de la transition, de l'entre deux, lorsque la personne n'est finalement ni un homme, ni une femme, car « *on constate souvent qu'une personne soudain délivrée d'un stigmat, par suite d'une opération réussie [...] devient plus acceptable.* » (Goffman, E., 2012, p.154) Il s'agit finalement du moment où les deux genres sont apparents qui dérange le plus la société actuelle, le moment où nous pouvons faire cette distinction, car une fois l'opération réalisée il est rare de remarquer qu'il s'agit d'une personne transgenre.

Pour la transition du genre masculin vers le genre féminin, nous avons face à nous une personne avec la corpulence d'un homme, des mains d'homme, la voix d'un homme, qui commence à devenir aigüe, un visage avec une mâchoire carré et des cheveux de femmes. Une personne se disant femme mais possédant encore les attributs du sexe masculin.

Nous avons face à nous : l'inhabituel.

Ce choix si personnel, subjectif et individuel concerne finalement le collectif. Cela impacte la société, la famille, impacte ici l'infirmière et par conséquent la relation avec l'autre.

C'était un homme, et aujourd'hui une femme. Aux yeux de la société, cela est un grand changement, dont l'une des étapes est de refaire ses papiers administratifs afin de changer de genre de façon officielle : les personnes qui auparavant avaient l'habitude d'employer le pronom « il » doivent maintenant utiliser le pronom « elle », employer « madame » à la place de « monsieur ».

*« Mais, lorsque la différence n'est ni immédiatement apparente ni déjà connue [...] : l'exposer ou ne pas l'exposer ; la dire ou ne pas la dire ; feindre ou ne pas feindre ; mentir ou ne pas mentir ; et, dans chaque cas, à qui, comment, où et quand. »*

*(Goffman, E., 2012, p.57)*

Se pose également la question suivante : est-il nécessaire de révéler à son compagnon, à ses enfants, que l'on est une personne transgenre ? Le cacher pourrait relever du mensonge mais finalement, se sentant depuis toujours une femme, est-ce réellement un mensonge ? La peur du jugement, du regard de son compagnon, de ses enfants pourrait conduire à cacher le fait d'être une personne transgenre. Cependant, cela ne change pas la personne que vous êtes. Cela reviendrait juste à pouvoir parler de sa vie antérieure, à ne pas avoir à faire attention à ses paroles par peur de révéler son secret. Le dire serait finalement se retirer un poids, se décharger de ce secret face aux personnes que vous aimez le plus, qui partagent votre quotidien.

A l'heure d'aujourd'hui, de nombreuses femmes transgenres demandent à leur chirurgien s'il est possible de pratiquer une greffe d'utérus afin de donner la vie. Malheureusement, la science n'en est pas encore là. Néanmoins, un homme transgenre peut, lui, tomber enceinte. En effet, s'il n'a pas fait d'hystérectomie, possédant le système reproductif féminin il peut concevoir un ou plusieurs enfants de façon naturelle. Voir un homme enceint a donc un impact que ce soit sur la société ou l'entourage. Cette situation inhabituelle et rarissime peut interloquer, je me demande alors de quelle façon ont réagi, à l'hôpital, les soignants face à ces hommes prêts à accoucher...

Nous pouvons dire que l'hôpital évolue avec la société et s'adapte en fonction de celle-ci, le personnel soignant doit donc prendre en compte les différents changements. Afin de permettre aux soignant de suivre l'évolution de la société et ainsi prendre en soin le mieux possible les

nouveaux genres de patient se présentant, on pourrait penser qu'il serait bénéfique pour les hôpitaux et notamment pour les patients de mettre en place des formations ou bien des réunions d'information afin de leur apporter le savoir nécessaire à une prise en soin de qualité du patient.

### 2.3 Transgenre et stigmatisation

Malheureusement, les personnes transgenres sont la plupart du temps victimes d'un phénomène fréquent au sein de notre société : la stigmatisation. Il s'agit du fait de blâmer une personne lorsque celle-ci ne correspond pas aux normes de la société. La stigmatisation peut se combiner à la discrimination.

Des personnes peuvent être victimes de stigmatisation au cours de leur vie pour une raison ou une autre, que ce soit les jeunes, les SDF, les alcooliques, les fumeurs, les personnes petites ou bien en surpoids, et bien d'autres encore. D'après Goffman E., « *lorsqu'un inconnu se présente à nous, ses premières apparitions ont toutes chances de nous mettre en mesure de prévoir la catégorie à laquelle il appartient et les attributs qu'il possède, son « identité sociale ».* » (Goffman, E., 2012, p.12). Donc, chaque individu est naturellement classé dans une catégorie suite à une simple conversation avec son interlocuteur. Ainsi, si une personne ne convient pas à une autre personne de part une faiblesse, un déficit, un handicap ou bien simplement une différence quelconque, elle est directement considérée comme étant moindre, moins accomplie, moins importante, ... C'est alors que l'on parle de « stigmaté », une personne ayant « *une différence fâcheuse d'avec ce à quoi nous nous attendions.* » (Goffman, E., 2012, p.15) Cela conduit à de la discrimination car la « *personne ayant un stigmaté n'est pas tout à fait humaine.* » (Goffman, E., 2012, p.15) La discrimination correspond à un comportement négatif, qui est non-justifiable, produit à l'encontre d'une personne ou bien d'un groupe de personnes. Une personne victime de stigmatisation ainsi que de discrimination se sent alors rabaissée, inférieure à l'autre. Elle peut éprouver du mépris pour elle-même et développer un sentiment de honte. Cela mène à un sentiment d'insécurité et peut ainsi développer des angoisses. Dans l'interaction, le repli sur soi peut se traduire de façon pathologique par le malaise.

Néanmoins, l'individu stigmatisé peut « *avoir les mêmes idées que nous sur l'identité* » et ainsi se trouver « *semblable à tous les autres, une personne, donc, qui mérite sa chance et un peu de répit.* » (Goffman, E., 2012, p.17) Il s'agit d'un processus qui se nomme « *l'acceptation* »

(Goffman, E., 2012, p.19). On pourrait penser que le fait de s'accepter mènerait forcément les autres à nous accepter également, pourquoi chercheraient-ils à dénigrer une personne qui montre que sa différence n'est pas une faiblesse ?

*« Normaux et stigmatisés [...] se trouvent physiquement en présence des uns et des autres », lors d'une conversation, d'une réunion, d'un évènement quelconque, et c'est à ce moment-là que les différences et les malaises peuvent se faire ressentir. Ils peuvent néanmoins faire en sorte chacun de leur côté de ne pas se retrouver aux mêmes endroits, « les normaux et stigmatisés peuvent arranger leur vie de façon à les éviter ».* (Goffman, E., 2012, p.19)

C'est alors que plusieurs personnes ayant le même stigmate peuvent se rencontrer et forment généralement un « groupe ». Cela leur permet de bénéficier de soutien moral, elles peuvent échanger des conseils, des histoires, des anecdotes, se rassurer. Chacune d'entre elles se sentira alors à l'aise, libre de discuter sans gêne, sans a priori, elle pourra se confier. Elle est acceptée et se sent alors comme une personne « normale ».

Des organismes, des associations, des comités se sont créés afin de les représenter : *« et qui défend leur cause devant la presse ou le gouvernement »* (Goffman, E., 2012, p.37). Ils interviennent ainsi en tant que « porte-parole » face à l'ensemble de la population. Cela permet de les valoriser, de leur donner confiance et espoir. *« L'individu stigmatisé peut donc attendre un certain soutien d'un premier ensemble de personnes : ceux qui partagent son stigmate, et qui, de ce fait, sont définis et se définissent comme ses semblables. »* (Goffman, E., 2012, p.41). En plus de bénéficier du soutien de leurs « semblables », elles bénéficient également du soutien de personnes « normales » qui les comprennent, ne les jugent pas, et font en sorte qu'elles se sentent « comme tout le monde ».

Ainsi, au fur et à mesure du temps, chaque individu s'adapte, s'habitue, et en découle alors une normalisation du stigmate.

*« Lorsque la différence n'est ni immédiatement apparente ni déjà connue [...] : l'exposer ou ne pas l'exposer ; la dire ou ne pas la dire. »* (Goffman, E., 2012, p.57)

L'individu choisit de dévoiler ou de dissimuler son stigmate. Certains ont tendance à dissimuler leur stigmate afin d'éviter ou du moins diminuer les « tensions ». Il est important pour l'individu stigmatisé de se considérer comme une personne à part entière, identique, achevée comme chacun malgré le fait d'être exclu, mis à l'écart dans des domaines de la vie sociale ou

autre. La personne stigmatisée n'est ni un type, ni une catégorie, mais un Être Humain. Ainsi il ne devrait avoir ni honte, ni gêne, ni sentiment d'infériorité, mais plutôt s'assumer et s'affirmer.

*« L'individu stigmatisé se définit comme n'étant en rien différent d'un quelconque être-humain, alors même qu'il se conçoit (et que les autres le définissent) comme quelqu'un à part. » (IBID, p.130)*

Mais comment faire lorsqu'on subit moqueries, violences ? Lorsqu'on est considéré comme étant anormal ou fou, comment peut-on s'assumer et être épanoui ?

D'ailleurs, lors d'un stage en psychiatrie, j'ai rencontré une patiente qui durant son enfance subissait de la maltraitance de sa propre famille. Un père violent et une mère violentée, mettent au monde quatre garçons. Parmi cette fratrie, le quatrième garçon se sentait fille. Elle ne renie pas qui elle est réellement, malheureusement son père n'accepte pas ce choix. Il entraîne alors ses trois autres fils à combattre pour ensuite frapper le petit dernier. Pour se protéger, apeurée, elle décide un jour de se réfugier dans un arbre. Ses frères lui lancent alors des pierres et finissent par lui crever un œil. Afin de se sortir de cette situation, elle prit la décision de partir mais la vie ne lui laisse pas de répit. Elle se rend dans un foyer et à peine arrivée les éducateurs lui disent : « Si tu veux un ticket de bus tu te prostitues ». Cette jeune femme s'est alors prostituée durant des années. A l'heure d'aujourd'hui, elle a pu réaliser une transformation physique complète. Malheureusement, le passé la rattrape. Les multitudes de coups qu'elle a subi durant son enfance lui ont laissé des séquelles : une douleur intense au dos la contraint à se faire retirer ses prothèses, qui la définissaient en tant que femme. Après avoir accompli un si long chemin pour devenir qui elle est réellement, la voici contrainte de revenir en arrière... Afin de tenter d'avancer dans sa vie et de se relever, elle se rend depuis un long moment dans un CMP (Centre Médico-Psychologique).

Un grand nombre de personnes dites « normales » émettent des remarques désobligeantes vis-à-vis des transgenres, cependant c'est majoritairement par manque de connaissances. La personne stigmatisée peut alors tenter une approche, engager la conversation afin de leur expliquer le stigmate, leur faire comprendre certains points et pourquoi pas les faire changer d'avis, *« plus l'individu stigmatisé s'allie avec les normaux, plus il en vient à se concevoir en termes non-stigmatiques. » (IBID, p.129)*

Rééduquer l'offenseur avec gentillesse, peut-être une position à adopter. Cependant, la personne peut rester insensible aux propos de la personne stigmatisée. « *On conseille à l'individu stigmatisé de se voir comme un être humain aussi achevé que quiconque* » (Goffman, E., 2012, p.137). Un stigmate ne devrait pas empêcher l'accomplissement d'une personne.

Pour en revenir à ma situation, Mme B a fait le choix de s'assumer après de nombreuses années où son silence la pesait. La stigmatisation est malheureusement présente dans les lieux de soins malgré l'article L1110-3 du CSP concernant le droit à la protection de sa santé qui stipule « *la garantie de l'égal accès de chacun aux soins nécessités par son état de santé, toute discrimination étant proscrite* ». Chaque personne est certes accueillie afin d'être soignée, cependant, lors des soins, la discrimination et la stigmatisation sont bel et bien présentes, que ce soit de par les origines, l'âge ou ici le fait d'être une personne transgenre. Il s'agit comme nous l'avons évoqué de quelque chose de nouveau, prendre en soin une personne qui physiquement ressemble à une femme mais qui a la physiologie d'un homme peut être perturbant la première fois. C'est inhabituel. Néanmoins, cela ne permet en rien de moins bien soigner une personne, ou d'avoir un comportement inapproprié.

Seulement voilà, nous sommes conditionnés par la société, la famille, la religion. Il est alors difficile d'avoir un point de vue neutre, une pensée pure.

Revenons à l'histoire de l'enfant battu par sa famille. Ses frères étaient conditionnés par leur père. Il les a éduqués et entraînés dans l'optique de frapper leur frère. A l'avenir, comment vont-ils se comporter ? Ayant grandi dans la violence, ayant appris cette violence, vont-ils à leur tour frapper leur femme, leurs enfants ? Violenter les personnes transgenres ? Violenter les personnes simplement différentes ?

### 2.3.1 Stigmatisation et maladie psychiatrique

Pour commencer le DSM est un livre de référence des maladies psychiatrique, il s'agit du Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux. Dans le DSM IV, être transgenre était considéré comme étant une maladie psychiatrique. Tout d'abord, cette pathologie psychiatrique était nommée « transsexualisme » classé dans la catégorie des « troubles sexuels » puis est finalement appelé « dysphorie de genre ». D'après le DSM IV (code 302.6 et 302.85), il s'agit d'une « *identification intense et persistante à l'autre sexe (ne concernant pas exclusivement le*

*désir d'obtenir les bénéfices culturels dévolus à l'autre sexe) », d'un « sentiment persistant d'inconfort par rapport à son sexe ou sentiment d'inadéquation par rapport à l'identité de rôle correspondante, l'affection n'est pas concomitante d'une affection responsable d'un phénotype hermaphrodite, l'affection est à l'origine d'une souffrance cliniquement significative ou d'une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants. »* En résumé, il s'agit d'une non-concordance avec le genre attribué à la naissance menant au souhait de changer de sexe.

Plusieurs années auparavant, après les années 60, les psychiatres ont pris la décision de qualifier la transidentité de maladie mentale et mettent en place certains critères.

A cette période, les personnes transgenres étant considérées comme ayant des troubles psychiatriques, étaient conduites à prendre un traitement ainsi qu'à bénéficier d'un suivi psychologique. Il s'agissait de personnes « malades ». Le terme de « transsexualisme » ou de « dysphorie de genre » pathologise l'individu et engendre alors de la souffrance chez celui-ci.

Peu de médecins chirurgiens acceptaient de pratiquer les interventions chirurgicales. Entre 1960 et 1992, le temps d'attente pour les traitements hormonaux et pour les opérations pouvait être de plusieurs années. Une fois ces médecins à la retraite, la qualité des chirurgies en France s'est dégradée. En 1992, la France est alors condamnée par la Cour Européenne des Droits de l'Homme, ainsi des protocoles et des moyens se sont mis en place afin de permettre une meilleure prise en soin du patient.

Le fait d'être reconnue en tant que pathologie psychiatrique engendre d'autant plus de stigmatisation et la perpétue dans le temps. Cela retarde ainsi le processus d'adaptation de la population à la transgenralité et en retarde la normalisation.

Dans les années 60, les personnes transgenres n'étaient pas considérées comme ayant une pathologie psychiatrique. Elles pouvaient aller en pharmacie et bénéficier du traitement hormonal sans consultation préalable avec un psychiatre. Cependant, les frais étaient à la charge de chacun.

Aujourd'hui, les frais médicaux sont pris en charge par la Sécurité sociale mais la démarche doit être validée par un psychiatre.

### 2.3.2 Stigmatisation et retrait du statut de maladie psychiatrique

En 2009, le DSM IV est réécrit et le terme de « dysphorie de genre » est changé en « non-congruence de genre », pour qu'en 2010 soit à nouveau inscrit « dysphorie de genre ». C'est alors que des questions émergent concernant l'impact de ces appellations sur la vie des personnes concernées. La nouvelle définition de dysphorie de genre est « *une non concordance de genre marquée entre le genre assigné et les expériences de genre vécues d'au moins 6 mois et qui se manifestent par au moins deux des indicateurs suivants : une non-concordance de genre marquée entre les expériences de genre vécues et les caractéristiques sexuelles primaire ou secondaire, un désir fort de se débarrasser des caractéristiques sexuelles primaire ou secondaire d'un des deux sexes du fait d'une non concordance marquée entre l'expérience de genre vécue et le genre assigné, une attirance forte pour les caractéristiques de l'autre sexe, un désir fort d'appartenir à l'autre sexe ou à tout autre genre alternatif différent du genre assigné, une volonté forte d'être reconnu comme appartenant à l'autre sexe ou à tout autre genre alternatif différent du genre assigné et enfin la conviction d'avoir des réactions et des sentiments appartenant à l'autre genre ou à tout autre genre alternatif différent du genre assigné.* ».

C'est donc en mai 2009 que le ministère de la santé annonce que « la transsexualité ne sera plus considérée comme une affection psychiatrique en France ». La ministre de la santé déclare par la suite le retrait de la transsexualité des maladies psychiatriques afin que les transgenres ne soient plus stigmatisés. C'est une dépsychiatisation du transgenre. Cette dépsychiatisation a longuement été réfléchi. En effet, il était impossible de dépsychiatiser sans démedicaliser et sans dérembourser les personnes transgenres afin de leur permettre de réaliser les opérations chirurgicales, d'obtenir les traitements hormonaux ou encore de pouvoir faire des épilations définitives. Aujourd'hui, cette déclassification n'induit pas une absence de recours à la médecine ou de renonciation au diagnostic médical des troubles de l'identité de genre ou d'abandon de la prise en charge. En effet, afin de pouvoir effectuer une chirurgie transgenre, c'est-à-dire soit une vaginoplastie (l'homme transforme son sexe en vagin), soit une phalloplastie (fabriquer un phallus à une femme), il est nécessaire d'effectuer plusieurs rendez-vous auprès de psychologues. Il ne s'agit plus d'une maladie psychiatrique, néanmoins elle relève tout de même du psychisme et renvoie au corps médical. Être transgenre reste dans le

champ de la « maladie » si je puis dire, car il s'agit de quelque chose que les chirurgiens opèrent, qui nécessite un traitement hormonal, et qui est remboursé à 100% par l'Assurance Maladie. Afin de pouvoir bénéficier du traitement hormonal, des rendez-vous chez un psychologue ou un psychiatre sont obligatoires pour obtenir une approbation du professionnel de santé et valider le parcours de transition. Qu'est-ce que cela peut signifier pour la personne concernée ? N'est-elle pas apte à prendre elle-même cette décision ? En fait, cette obligation est tout simplement garante du fondement de la démarche, elle permet de s'assurer qu'il ne s'agit pas d'une lubie, d'un effet de mode, d'une confusion de genre, et d'écarter tout risque d'erreur d'appréciation du patient. Cette obligation est avant tout sécuritaire.

La transidentité est classée du côté de la santé et non de la maladie ce qui retire le côté pathologisant mais le côté psychiatrique est encore présent.

Malheureusement, suite à cette avancée, la stigmatisation persiste toujours notamment par un manque de connaissances. Les transgenres sont une minorité, la société considère généralement les minorités comme étant « anormales », c'est ainsi que la stigmatisation perdure.

### 2.3.3 Préjugés

*« Ces différences peuvent donner lieu à des valeurs ou à des habitudes de vie éloignées des vôtres, mais que vous devez respecter » (Phaneuf, M., 2016, p.11)*

La plupart d'entre nous classons instinctivement des personnes dans des catégories ce qui nous conduit à avoir des idées préconçues au sujet de ces personnes. Cela mène aux préjugés. Il s'agit d'« *une idée toute faite, véhiculée sans réflexion, concernant un groupe humain.* » (Phaneuf, M., 2016, p.46).

Afin de ne pas tomber dans le préjugé et ainsi permettre une meilleure prise en soin ainsi qu'une meilleure relation avec l'autre, se documenter, se renseigner, se doter d'une analyse construite et réfléchie permet de ne pas émettre de préjugés. Dans notre situation, cela renverrait à la transphobie.

Nous ne contrôlons pas l'impact de nos préjugés, cependant l'impact sur la relation soignant-soigné est inévitable. C'est à ce moment-là qu'il est primordial de se remettre en question afin d'améliorer sa façon d'être, de faire, d'agir face à une personne différente.

Le non-jugement est primordial dans la relation. Cela permet de rencontrer le patient en étant « neutre », d'être à son écoute sans avoir de jugement et sans préjugés.

Il faut accepter la personne telle qu'elle est, l'acceptation de la personne repose sur le respect.

« *Quand l'autre ne correspond pas à ce que l'on connaît déjà, il est rejeté.* » (Marzano, M., 2010, p.104) Il s'agit encore de l'évitement de l'inconnu, de la peur de la nouveauté, qui est continuellement alimentée par les préjugés de la société. En acceptant l'autre, en ne le rejetant pas, en ne le dénigrant pas, une relation soignant-soigné saine, basée sur la confiance va se créer. Le patient sera alors plus conciliant, ouvert aux différents soins que les soignants lui proposent.

Descartes nous explique que la solution face aux préjugés est le doute. Le doute permet de s'interroger, de se documenter, et donc se débarrasser des préjugés, car les clichés apparaissent par manque d'informations.

Tout cela ne concerne pas que les personnes transgenres, mais toutes autres personnes pouvant subir de la stigmatisation, des préjugés lors des soins, lors de leur séjour hospitalier.

## 2.4 La relation soignant-soigné

Qu'est-ce que la relation soignant-soigné ? Il s'agit d'un lien entre un soignant et un patient. Ce lien est bilatéral, c'est-à-dire qu'il y a un rapport mutuel entre les deux, et asymétrique car le soignant et le soigné ont des statuts opposés, l'un est celui qui a les connaissances et qui peut apporter son aide, alors que l'autre est celui à qui les connaissances manquent et qui a besoin d'aide. Le soignant délivre les soins alors que le patient bénéficie de ces soins.

Cette relation n'est pas juste un temps spécialement dédié de discussion avec le patient, l'ensemble des actes techniques mais aussi de confort s'incluent au sein de cette relation, « *nous échangeons des informations en permanence* » (Manoukian, A., 2008, p.8), mais également la tenue vestimentaire, les objets rapportant au métier d'infirmière, « *chacun de tous ces éléments*

*apporte une information à partir de laquelle un message particulier sera perçu par le patient. »* (Manoukian, A., 2008, p.8). Les expressions du visage sont également très révélatrices et font parties des échanges primordiaux afin de bâtir une relation soignant-soigné solide, de confiance.

Changer de genre a un impact sur la relation soignant-soigné, sur différents points.

#### 2.4.1 La confiance

*« Toute relation oblige ceux qui l'entretiennent à échanger une quantité convenable de détails intimes sur leurs personnes, en signe de confiance et d'engagement réciproque »*

*(Goffman, E., 2012, p.106)*

Une relation soignant-soigné est basée sur la confiance. *« Pour avancer, il faut un lien plus important, plus profond que seule une relation de confiance peut apporter »* (Phaneuf, M., 2016, p.133).

Pour cela, le patient a besoin de se sentir en sécurité, le soignant doit se montrer disponible afin que le patient puisse compter sur lui en cas de complication. *« Accorder sa confiance comme malade exige l'assurance non seulement d'une compétence de la part du soignant, mais aussi d'un accompagnement »* (Marzano, M., 2010, p.174).

Il est important d'accueillir l'autre avec sa ou ses différences. Ne pas se sentir jugé et stigmatisé permet de débiter cette relation convenablement, *« la confiance est une trace d'humanité »* (Marzano, M., 2010, p.308).

Le soignant doit lui-même avoir confiance en la personne qu'il soigne. Il s'agit d'une confiance mutuelle. Bien évidemment, la confiance n'est pas présente dès le début, elle se construit au fur et à mesure du temps, des soins, des discussions. Mais comment faire confiance à une personne « nouvelle » ? Avant un soignant prenait en soin un homme ou bien une femme, aujourd'hui le patient peut avoir l'apparence d'un homme et la physiologie d'une femme ou inversement. Cela est intrigant, nouveau, avons-nous confiance en la nouveauté ? Je serais tentée de dire que non. Alors comment faire ? Comment pouvons-nous créer une relation de confiance en étant face à l'inconnu ? Apprendre à connaître l'autre, apprendre à le découvrir, apprendre à lui faire confiance. Apprendre tout simplement. Et pour cela, communiquer.

« *La confiance en soi est la force vive des sociétés en mutation* » (Marzano, M., 2010, p.91).

Marzano nous parle de la société qui mute mais nous pouvons renvoyer cela à l'Homme qui mute. Une personne transgenre est alors une personne en pleine transformation, en mutation pour passer d'un genre à un autre. Nous, soignant, prenons alors en soin une personne qui est finalement mi-homme mi-femme.

Ainsi, avoir confiance en soi permettrait de faire davantage confiance aux autres et ainsi s'adapter plus facilement à la personne face à soi, cette confiance est « *censée atténuer nos inquiétudes* » (Marzano, M., 2010, p.101).

Je parle de la confiance du soignant envers le soigné, mais intéressons-nous à la confiance du soigné envers le soignant. Il est sûrement difficile pour une personne transgenre d'accorder sa confiance, par peur d'être à nouveau jugée, dénigrée, une certaine protection de soi peut se mettre en place. « [...] *d'une part, on les incite à avoir confiance en eux-mêmes [...]* ; *d'autre part, ils sont systématiquement soumis aux jugements d'une hiérarchie qui ne supporte pas les défaillances, qui les juge constamment [...]* » (Marzano, M., 2010, p.93). Mais il est difficile d'accorder sa confiance à quelqu'un lorsque nous n'avons pas confiance en nous même. Comment avoir confiance en soi quand on n'est pas raccord avec son corps ?

Je pense que la confiance en soi s'acquiert au fur et à mesure, cette épreuve nécessitant beaucoup de courage afin de passer le cap pour devenir le genre opposé. Et la confiance envers le corps médical est indispensable pour franchir ce cap, le patient en transition est obligé de faire confiance, il n'a pas le choix.

« *Les relations de confiance [...] se fondent sur un présupposé différent : chacun est censé non seulement prendre en compte l'autre en tant que personne – avec ses attentes, ses fragilités, ses espoirs – mais aussi croire en certaines valeurs comme l'honnêteté, le respect de la parole donnée, l'engagement* » (Marzano, M., 2010, p.144).

La communication est une clé permettant d'instaurer la confiance mutuelle.

## 2.4.2 La rencontre de l'autre

Un autre pilier de la relation du soignant avec le patient est la communication, « *un phénomène complexe d'échanges entre les personnes permettant de faire connaître à l'autre ce que l'on perçoit, ce que l'on pense ou ressent* » (Phaneuf, M., 2016, p.4).

La communication peut être influencée par différents contextes et de nombreux facteurs très variés tels que l'histoire personnelle, l'âge, la culture, les valeurs... Le changement de genre peut ainsi créer une distance avec le patient et devenir une barrière à la communication. Le soignant peut se sentir embarrassé, ne pas trouver les mots, penser ne pas pouvoir communiquer en raison de cette différence.

Le sexe peut également devenir une barrière au niveau de la communication. Généralement les hommes et les femmes ont une façon différente de communiquer, les hommes sont plus directs et moins démonstratifs face à leurs émotions, face à la douleur, alors que les femmes sont davantage sensibles et s'expriment plus facilement lorsque qu'elles ont des ennuis de santé, elles expriment leurs émotions. Le patient transgenre est un homme en train de devenir une femme ou inversement. Il peut être alors difficile pour le soignant de se positionner. « *Quelqu'un qui ne dit rien ne signifie pas obligatoirement qu'il n'a rien à dire.* » (Manoukian, A., 2008, p.7). Il doit être d'autant plus attentif et chercher de lui-même si le patient ne se prive pas de dire ce qu'il ressent ou s'il ne minimise pas la douleur par exemple.

Si la communication n'est pas fluide et efficace, des difficultés relationnelles peuvent surgir et entraver la relation soignant-soigné. La communication ne passe pas seulement par la parole mais également par « *des sourires, des regards, mais aussi des grimaces, des froncements de sourcils, des exclamations voire des cris.* » (Manoukian, A., 2008, p.8), à savoir la communication non verbale. Ces éléments sont alors des supports permettant de former la base de la relation soignant-soigné.

Mais finalement dans l'outil de communication, c'est la parole qui prime. La parole permet d'accueillir le discours de l'autre, d'écouter l'autre. Il s'agit d'un échange qui se fait sans arrière-pensée. C'est un moment vrai, sincère, contrairement à la stratégie de communication qui, elle, est toujours réfléchie, ce qui entraîne une perte de l'authenticité du discours. Cela se rapporte même à de la manipulation. Il y a alors un manque d'humanité.

Il arrive alors un moment où il faut laisser le cœur s'exprimer, et ne pas toujours vouloir tout contrôler par le psychisme : comprendre l'autre avec son cœur et non avec sa tête. La parole devrait être un moment spontané, qu'elle vienne du cœur, en toute sincérité.

Les personnes transgenres ont surtout besoin d'être entendues, écoutées, et qu'on les laisse faire ce qu'elles souhaitent. Il s'agit de comprendre l'autre tout en le laissant libre de ses actions.

La parole qui mène finalement à comprendre l'autre nécessite une qualité d'empathie.

« *L'empathie se situe au cœur de la relation comme manifestation de compréhension profonde de l'univers à l'autre* » (Phaneuf, M., 2011, p.210)

L'empathie est « *la manifestation d'un sentiment profond qui vous porte à comprendre la difficulté du client « comme si » elle était la vôtre, comme si vous étiez à sa place et viviez exactement ce qu'il vit, mais sans en porter la souffrance* » (Phaneuf, M., 2016, p.189). Cela permet de mieux comprendre le patient et ainsi mieux répondre à ses attentes. Il est important de garder une certaine distance émotionnelle afin de ne pas souffrir intérieurement mais aussi de ne pas entraver la prise en soin du patient. Comment réussir à se mettre à la place de quelqu'un sans avoir une certaine notion de ce qu'il vit ? Comment se mettre à la place d'une personne transgenre en ignorant tout à son sujet ? C'est pour cela que le soignant doit prendre le temps de discuter avec le patient afin d'essayer de le comprendre, de tenter de se mettre à sa place. L'empathie est « *le résultat d'une relation suffisamment proche entre deux personnes pour qu'elles ressentent, de l'intérieur, le vécu de l'autre* » (Manoukian, A., 2008, p.59).

Afin de permettre une relation de confiance, il faut de la tolérance. Tolérer c'est accepter l'autre quel qu'il soit, même si sa façon d'être, de penser, ne nous conviennent pas. C'est prendre sur soi, l'accepter, l'écouter et l'entendre même si ne nous le comprenons pas. Afin d'aller vers une relation de confiance, il est nécessaire d'aller au-delà de tout jugement, « *de se défaire d'un certain nombre de ses a priori* » (Marin, C., 2010, p.137).

Néanmoins,

« [...] reconnaître la subjectivité du malade ne signifie pas nécessairement reconnaître la légitimité de son point de vue et reconnaître qu'il a raison. [...] La philosophie du soin n'implique pas d'entrer dans le discours du malade mais de permettre au médecin de l'intégrer. » (Fainzang, S., 2010, p.249)

Il n'est pas demandé au soignant d'être en total accord avec le patient mais de simplement l'écouter et d'intégrer ce que le patient a à nous dire. Nous sommes tous différents, avec une façon de penser différente. Le patient est comme il est, il n'a pas à changer pour le soignant et le soignant n'a pas à changer pour le patient. Il suffit de comprendre l'autre malgré tout. Le soignant doit tout de même accompagner le patient malgré les possibles désaccords.

Selon Margot Phaneuf, face à une situation inhabituelle, il est important pour le soignant d'être capable de gérer ses réactions comme la surprise, l'étonnement, l'incompréhension, le mépris de l'autre. Le soignant doit analyser ses propres réactions afin de les comprendre et de les gérer pour ne pas mettre mal à l'aise le patient, et montrer une prise en soin équitable, sans distinction par rapport aux autres patients. Les expressions du visage, des yeux, peuvent en dire énormément sur ce que pense et ressent la personne en face de soi. Alors, « *rétablir la logique dans une situation plutôt que d'entretenir des idées fausses est une manière de gérer ses pensées, d'éviter la montée d'émotions indésirables et de prendre le contrôle de ses comportements.* » (Phaneuf, M., 2016, p.15).

La vision de Margot Phaneuf est celle d'un soignant idéal, qui aurait travaillé et réfléchi sur lui. C'est le soignant que chacun d'entre nous aimerait être, cependant, la réalité n'est pas ainsi. Pour cela, chaque soignant devrait se questionner sur lui-même, qu'à chaque situation qui le dérange, il soit capable de se demander pourquoi. Mais tous les soignant n'en sont pas capables. Néanmoins, cette vision de Phaneuf sera davantage possible avec les nouvelles générations, qui ont une plus grande ouverture d'esprit de par le fait qu'elles ont grandi en même temps que l'apparition de la transgenralité. Nous pouvons souligner que cela renvoie aussi à la notion de connaissance, les jeunes soignants sont plus instruits à ce sujet contrairement aux anciennes générations. Ce qui néanmoins, ne garantit pas une plus grande tolérance.

Cette situation relève tout de même un problème éthique à un moment donné.

La relation soignant-soigné est fondée sur l'éthique. Il est fondamental de bannir toute forme de discrimination, de stigmatisation, de non-respect et bien d'autre, ce qui veut dire qu'il faut accepter l'autre comme il est malgré la différence. Toutefois, qu'en est-il de cette transformation profonde ? Jusqu'où peut-on aller ? Certaines personnes regrettent-elles leur choix au bout du compte ? Il arrive effectivement que certaines le regrettent, c'est alors qu'ils entament une détransition. Cela peut arriver lorsque plus jeune, l'enfant est influencé par sa famille comme dans le film « Petite fille » où la mère souhaitait tellement une fille que cela a

peut-être joué sur le développement de l'enfant et ainsi influencé son désir de changer de genre. Mais comment un enfant de 8 ans peut-il comprendre cela et les effets pour sa vie future, l'impact sur sa vie personnelle ? Des traitements sont donnés afin de ralentir la puberté ce qui va forcément avoir une influence sur son corps et son cerveau en plein développement, il ne réalise pas l'impact sur sa future vie sociale et intime.

Respecter la dignité du patient est la base. Il faut respecter la personne « *dans son corps, dans son intimité, dans son individualité* » (Phaneuf, M., 2016, p.11). Chacun d'entre nous présente des différences d'une façon ou d'une autre, nous sommes tous semblables et différents, mais toujours, uniques.

### 3 Enquête exploratoire

#### 3.1 Choix de la méthode de recherche

La méthode de recherche choisie est la méthode clinique. Également appelée méthode qualitative, elle permet de récolter des informations afin d'obtenir des explications ou des éléments concernant un travail de recherche. Elle permet d'analyser et comprendre des phénomènes, des comportements, des faits ou encore des sujets.

#### 3.2 Choix de l'outil de recherche

L'outil de recherche est l'entretien semi-directif. Un entretien est une rencontre avec l'autre, d'expression et d'écoute afin de recueillir son expérience sur le sujet. Il est composé d'une question inaugurale qui est une question ouverte et de plusieurs questions de relance. L'ordre des questions n'est pas prédéfini à l'avance, cela se fait en fonction du discours de la personne.

#### 3.3 Choix de la population interrogée et du lieu d'enquête

Ainsi différents infirmiers sont questionnés. Ceux-ci ont forcément eu un contact au cours de leur vie professionnelles avec une ou plusieurs personnes transgenres afin d'être le plus

objectifs possibles. La rencontre s'est faite dans différents établissements et différents services. Ainsi deux infirmiers travaillent en soins généraux et trois dans un établissement spécialisé pour les chirurgies transgenres. Nous avons alors vu des soignants pour qui la relation soignant/soigné avec une personne transgenre est quotidienne et d'autres avec qui cela reste moins courant. Avec l'accord des soignants, les entretiens ont été enregistrés afin de les retranscrire par la suite et sont anonymes.

### 3.4 L'analyse

J'ai donc réalisé mes entretiens auprès de cinq infirmiers.

Tout d'abord, il y a Paris, 34 ans, qui travaille depuis 13 ans en service infectieux. Elle n'a pas changé de service depuis l'obtention de son diplôme. Elle est également référente douleur.

Ensuite, Tokyo, également infirmière en service infectieux. Elle a 30 ans et travaille dans ce service depuis 4 ans.

Nairobi est une infirmière diplômée depuis 30 ans. Elle travaille en chirurgie plastique et réparatrice.

Denver, diplômée depuis 98, travaille depuis 7 ans en chirurgie réparatrice.

Et enfin il y a Berlin, infirmier en chirurgie plastique et réparatrice depuis 4 ans et demi.

#### 3.4.1 Transgenre

##### 3.4.1.1 Histoire

Nous allons classer le savoir des soignants dans la partie « Histoire » car c'est l'historique de leurs connaissances à ce sujet. Donc, au niveau de l'histoire, tous les soignant ont parlé du besoin de connaissances qui aurait ainsi permis une meilleure prise en charge du patient. Paris et Tokyo abordent le fait qu'à l'école aucun savoir ne leur a été transmis afin d'être un minimum préparé à prendre en soin des personnes transgenres, comme le dit Paris « *Tous le monde n'a pas des connaissances, savoir si c'est hormonal, psychologique, par rapport à la sexualité propre.* » (1.47-48). Ainsi elle ajoute : « *L'aborder c'est bien, on ne peut pas non plus avoir des cours pendant 1 mois mais aborder le sujet.* » (Paris., 1.43). Tokyo a le même ressenti, mais

n'ayant donc par d'apport théoriques scolaires, elle a appris d'elle-même afin d'être au mieux dans sa prise en charge : « *Dans mes études on n'en a jamais parlé, après je suis assez ouverte du coup j'ai regardé des reportages, je connais des personnes qui sont transgenres dans mon entourage mais sinon non dans les études on n'en parle jamais, comment s'exprimer, comment prendre en charge ...* » (Tokyo, 1.27 à 29).

Deux autres infirmiers ayant travaillé dans un service spécifique aux transgenres, ont plus compté sur l'équipe et les chirurgiens pour la transmission des connaissances : « *la prise en soin et les connaissances on l'a avec l'équipe, on est que 6 infirmières, 6 AS et un bon chirurgien, et la connaissance on l'a avec l'expérience, sur le tas. S'il y a une nouvelle infirmière je suis bienveillante, je vais tout lui expliquer et la transmission se fait comme ça* » (Nairobi, 1.65 à 68). On peut ainsi constater qu'une bonne cohésion d'équipe permet d'évoluer directement sur le terrain, et qu'ainsi avoir des connaissances au préalable n'est pas forcément important. Néanmoins, Nairobi se contredit plus tard dans l'entretien : « *Il faut une petite connaissance pour s'occuper du transgenre mais ça s'apprend.* » (1.124). Elle remarque qu'il faut tout de même un certain savoir pour prendre en soin un patient transgenre. Dans leur service, qui prend en charge des personnes transgenres, il faut donc arriver en étant un minimum renseigné à ce niveau afin de les prendre en soin comme il le faut. Denver elle, a aussi reçu des connaissances par les chirurgiens. Elle a également pu bénéficier de formations qui ont ainsi renforcé son savoir : « *Le chirurgien nous a fait un cours au tout début, on a eu des formations peu de temps après que je sois arrivée, avec tous les chirurgiens de France qui donnent des cours sur les opérations, des médecins, il y avait aussi des associations de transgenres* » (1.34 à 36). S'il existe une formation pour les personnes transgenres, cela peut signifier qu'elles sont stigmatisées, qu'elles sont considérées comme étant des personnes différentes des autres patients. Néanmoins, étant une population spécifique, avec des besoins spécifiques, une formation spécifique est nécessaire.

Quant à Berlin, il certifie que les connaissances sont utiles : « *Heu oui oui notamment des connaissances sur le parcours du transgenre qui est assez compliqué que je ne connaissais pas à l'époque.* » (1.37.38) Connaître le parcours de la personne en transition peut faciliter le contact, et aider à mieux le comprendre, même si tout au long de son discours il donne l'impression de ne pas considérer le patient dans sa globalité.

### 3.4.1.2 L'identité

Chez chacun d'entre eux le thème de l'identité du patient ressort, de par des histoires différentes, des moment différents ou par des généralités.

Certains des soignants témoignent de la difficulté qu'entraîne l'absence de modification de la carte d'identité : « *Sa carte d'identité ça va être écrit monsieur et que quand on rentre dans la chambre il a une apparence de femme* » (Paris, 1.12-13), « *Si sur la carte d'identité il y a écrit monsieur et que j'arrive dans la chambre, on a tendance à l'appeler monsieur alors qu'il se présente comme étant une dame.* » (Paris, 1.20-21), « *il y a aussi le problème du changement d'identité, on a un patient qui se présente sous un nom et en fait ce n'est pas...Parce qu'ils n'ont pas fait leur changement d'identité, donc on a un patient qui s'appelle par exemple Fabien alors que c'est une femme, mais administrativement pour nous c'est un homme mais en fait de notre côté faudra qu'on l'appelle « madame »* ». (Nairobi, 1.24 à 28)

Ce changement de carte d'identité, ou plutôt le fait que les patients ne l'aient pas encore fait, emmêle les soignants. Malgré leur bonne volonté, il est difficile pour eux d'utiliser la civilité adaptée. Il est vrai que, comme nous le voyons chez Paris et Nairobi, il s'agit en quelque sorte d'un automatisme d'appeler une personne soit par Madame soit par Monsieur en fonction de son apparence physique mais également de sa voix et son prénom. C'est normal de faire l'erreur lors de la première rencontre, du premier contact, le patient sera sans doute tolérant.

Nairobi a eu un autre patient qui, lui, avait réalisé le changement : « *C'était une personne de 40-50 ans et ça s'est mal passé. Pour elle ce n'était pas acceptable de l'appeler monsieur alors qu'il avait fait son changement d'identité* » (l. 101 à 103). Après tant d'efforts, tant d'étapes accomplies, la dernière étape du changement d'identité au niveau administratif a été faite, nous pouvons alors comprendre que pour ce monsieur cela lui tienne à cœur. C'est alors au soignant d'utiliser le bon genre : le genre officiel. Cela permettrait que la prise en soin se passe bien. Il s'agit simplement de respecter la volonté du patient qui d'autant plus concorde avec les papiers administratifs.

Paris a pris en soin deux personnes transgenres. Nous pouvons supposer que la prise en soin était similaire, identique, mais absolument pas. La première personne « *était un monsieur qui voulait se faire opérer et les interventions ont été refusées, du coup il a présenté des difficultés à s'accepter* » (l. 6 à 8) alors que la deuxième personne « *c'est quelqu'un qui avait vraiment*

*cheminé, qui acceptait son sexe d'homme mais qui avait l'apparence d'une femme, elle n'était pas dans la destruction, elle acceptait son corps alors que l'autre personne se revendiquait femme. » (1.36 à 38) Le fait que le patient s'accepte peut changer la prise en soin mais également la vision de sa propre vie. Cet homme se détruisait de par la non-acceptation de lui-même alors que l'autre personne, du fait que c'était son choix de ne pas changer de sexe, s'acceptait et ainsi vivait sa vie pleinement. Prenons en compte que changer de sexe est une chirurgie compliquée : « On ne fait pas les vaginoplasties, c'est sur l'hôpital Sud. Nous on fait des phalloplasties. C'est important pour certain, mais pas tous ne vont jusqu'à cette chirurgie. C'est une chirurgie lourde » (Nairobi, 1.57 à 59) De plus cela doit être très difficile de sauter le pas, être certain qu'il s'agit de la bonne décision ou non, c'est « complexe, c'est s'accepter, savoir si on veut se faire opérer ou pas opérer, si c'est juste un problème d'identité sexuelle ou corporelle, c'est complexe. » (Paris, 1.64-65) Cette décision ne se prend pas à la légère, elle mérite de longs moments de réflexions pour ces personnes, peu importe leur choix, celui-ci devra être compris et accepté. Cette décision est propre à chacun. Et comme le dit également Paris « c'est comme les homosexuels c'est propre à chacun, c'est ses convictions, c'est sa personnalité. » (1.19) Il s'agit d'un « parcours difficile » (1.39) comme le souligne Denver. Ce n'est pas une décision simple à prendre, de plus elle n'impacte pas seulement soi mais également l'entourage, la société.*

Berlin dans son service a « les deux types de transgenre, les hommes qui deviennent femme et les femmes qui deviennent homme ». (1.10.11), « le dernier que j'ai eu c'était un homme qui devient une femme qui a fait une chirurgie de féminisation du visage, il était jeune, environ 25 ans, elle avait déjà fait les prothèses mammaires, mais avait encore son sexe masculin. » (113 à 15) Changer de sexe est en fait la dernière opération réalisée par les personnes transgenres car, comme l'a dit Nairobi au-dessus, il s'agit d'une chirurgie lourde. Les patients ont donc souvent toutes les opérations réalisées afin de ressembler à une femme et se sentir bien dans sa peau, sauf le sexe.

Voici le patient de Tokyo : « Il était né homme et c'est vraiment sur le tard » (1.7) « Nous quand on l'a pris en charge il ne s'était pas encore fait opérer, on l'appelait « elle » mais pour la posologie des médicaments c'était comme un homme. Nous on le traitait comme ça. La carte d'identité était changée mais nous physiologiquement on le traitait comme un homme. Parce qu'il avait encore la carrure même si beaucoup moins, il m'avait montré les photos, beaucoup moins qu'avant grâce aux traitements mais comme c'était tardif ce n'était pas un ado ou un

*enfant de 10 ans qu'on a pris avant la puberté et où on a coupé tout ça. Là il avait déjà tous ses traits d'homme, donc on l'a traité comme un homme. »* (1.10 à 17). Dans cette prise en soin, l'infirmière respectait la volonté du patient, elle le définissait en tant que femme lorsqu'elle était face à lui. Néanmoins, au niveau du traitement, elle devait utiliser des posologies adaptées à un homme car il avait la carrure, le poids, les hormones d'un homme.

Denver s'intéresse, à leur entrée, sur le parcours qu'ils ont suivi afin de savoir où ils en sont, cela permet de savoir comment s'adresser à eux, quel pronom utiliser : *« Après moi j'aime bien quand ils arrivent voir où ils en sont dans leur parcours, puis y'en a qui demandent qu'on les appelle par leur prénom, y'en a qui n'ont pas forcément cette demande. »* (1.14 à 16) Les patients sont bien informés sur ce qui les attend : *« Mais finalement ils sont assez renseignés parce qu'ils sont quasiment tous sur les réseaux sociaux, ils savent déjà ce qui les attend, c'est eux qui ont choisi leur chirurgien. »* (1.21.22) Grâce aux réseaux sociaux et donc à une accessibilité aux informations qui est facilitée, les patients en savent finalement plus que les soignant à leur arrivée sur l'opération qui les attend et sur le chirurgien qui va les opérer.

#### 3.4.1.3 La société

Au niveau de la société, être une personne transgenre est davantage répandu et tend à se normaliser avec le temps malgré les difficultés toujours présentes. Paris démontre que ces personnes ne sont pas encore acceptées dans la vie quotidienne : *« la société actuelle c'est très compliqué, se faire accepter de son environnement, de sa famille, de ses proches, dans le travail, ça doit être très compliqué. »* (1.59 à 61) Même dans l'enceinte de l'hôpital, les soignants ne sont pas totalement en accord avec cela : *« l'emploi du genre peut être assez délicat et souvent fait peur aux gens qui ne sont pas du service »* (Berlin)

Néanmoins, comme le dit Nairobi, davantage de personnes en parlent et les esprits s'ouvrent petit à petit à ce sujet : *« après on en parle de plus en plus aussi, avant on en parlait pas du tout. Moi je sais qu'il y a 7 ans quand je suis arrivée on entendait pas du tout parler des transgenres. Mais de plus en plus il y a une ouverture d'esprit via les réseaux sociaux, la télé, on parle de plus en plus des transgenres. »* (1.74 à 77). Grâce aux réseaux sociaux comme le dit Nairobi, les personnes peuvent échanger sur les forums, se renseigner et en apprendre plus au sujet des transgenres, ce qui permet une évolution des mentalités. Ainsi, au fur et à mesure du temps cela devient davantage commun.

### 3.4.2 Stigmatisation et préjugés

La stigmatisation est omniprésente, mais, étonnamment, elle est d'autant plus présente dans les services spécialisés pour l'accueil des personnes transgenres que dans les services non-spécialistes. De même, l'infirmière la plus âgée est celle qui présente le plus de stigmatisations et de préjugés. Je pense donc que l'époque à laquelle nous avons grandi impacte notre façon de voir les choses.

Tout d'abord, la stigmatisation n'est pas présente qu'en établissement de santé comme le dit Paris : « *la société actuelle c'est très compliqué, se faire accepter de son environnement, de sa famille, de ses proches, dans le travail, ça doit être très compliqué* » (1.59 à 61), elle constate que ce n'est pas encore accepté de tous. Par exemple, Tokyo dit en parlant de son patient que « *ses parents refusaient de le croire* » (1.8), ils n'avaient donc la volonté de leur enfant, ses désirs, ses besoins, afin d'être heureux et libre. De plus, il s'agit d'« *un sujet tabou qui gêne les gens* » (Paris, 1.83) Le fait que ce soit tabou les personnes n'en parlent pas, cette absence de communication à ce sujet ralentit la normalisation. De plus « *on est beaucoup dans le jugement* » (Paris, 1.68) dans la société actuelle. Afin que les transgenres rentrent dans les normes il faudrait en parler naturellement, simplement, sans jugement et sans honte. Tout de même d'après Tokyo « *ils ne se cachent pas, ils n'en ont plus rien à faire, ils disent les choses comme elles sont. On en entend parler dans les médias donc c'est en train... pas de se normaliser mais petit à petit. Ça dépend aussi le cercle de chaque personne, s'ils sont entourés que de macho, ils ne seront pas d'accord avec les transgenres mais aussi les lesbiens, lesbiennes, les homosexuels ... Ils font la similitude.* » (1.51 à 55). Malgré que ce soit tabou, grâce aux réseaux comme nous l'avons évoqué précédemment, les esprits s'ouvrent ce qui permet donc aux personnes transgenres de s'affirmer. Dorénavant, elles ne se cachent plus, bien au contraire. Tokyo nous dit donc qu'un être-humain qui ne tolère pas les personnes transgenres ne tolère finalement pas toutes les personnes faisant partie des LGBT.

Les services spécialisés dans les opérations des personnes transgenres ont dû plusieurs fois, de par le Covid, fermer le service et ainsi s'installer au milieu de services non-spécifiques. Nairobi dit : « *Pour moi ce n'est pas de l'esthétique. Il y a souvent des préjugés vis-à-vis des autres services parce qu'on dit qu'on n'est pas une chirurgie indispensable, d'ailleurs on est fermé depuis décembre. Dans cet état de covid actuel ce n'est pas une chirurgie indispensable selon*

*heu et voilà* » (1.5 à 8) Travaillant dans ce service, Nairobi a conscience que changer de sexe ou faire de la chirurgie de féminisation du visage par exemple, n'est pas une question d'esthétique mais une question de bien-être dans son corps afin de s'accepter et s'épanouir dans la vie. Malheureusement, tout le monde ne pense pas cela, « *souvent les gens ont des a priori sur l'esthétique* » (Nairobi, 1.9), que ce soit le service ou même la direction même si elle ne le dit pas clairement, vu qu'ils ont choisi de fermer le service, cela peut faire penser qu'il n'était pas utile vu qu'il s'agit d'esthétique alors qu'au contraire c'est bien plus que ça, c'est un besoin intérieur personnel et non un besoin extérieur pour paraître beau aux yeux de tous. Il y a pas mal de soignants des services extérieurs « *qui ne veulent pas du tout travailler avec les transgenres par conviction, je ne sais pas lesquelles, parce que ça choque aussi un petit peu en fait, c'est choquant, peut-être d'un point de vue religieux ou autre.* » (Nairobi, 1.68 à 70) Selon Nairobi, la volonté ou non de travailler auprès de personnes transgenres dépendrait peut-être de la religion ou de certaines convictions.

« *Notre service est fermé donc on se retrouve dans un autre service et tout le personnel n'accepte pas, ne le comprend pas.* » (Nairobi, 1.93-94) Nous pouvons croire qu'à l'hôpital, étant des soignants, les professionnels sont plus ouvert d'esprit et davantage compréhensifs, mais malheureusement ce n'est pas le cas. Nairobi est consciente de cela : « *Ce n'est quand même pas évident, beaucoup de gens n'acceptent pas, même dans le personnel médical, après il faut être un peu sensibilisé à tout ça et il faut faire attention à ces personnes mais ce n'est pas inné, il faut faire un effort sur soi. Il faut réfléchir avant d'entrer, quel va être mon comportement.* » (1.121 à 124) On comprend que Nairobi peut parfois ressentir des difficultés au sujet des patients transgenres, il n'est pas toujours facile de s'adresser à eux. Elle prend sur elle et réfléchit à l'attitude qu'elle va adopter avant d'entrer dans une chambre. Cela semble étonnant pour une infirmière qui travaille dans un service spécialisé dans la prise en charge des transgenres, elle devrait se sentir plus à l'aise et être naturelle avec d'eux. Ses propos se contredisent, elle dit par la suite : « *Soit on est contre pour des raison éthiques, religieuse, tout ça mais pour moi c'est un patient comme un autre.* » (125-126) Elle nous dit que pour elle ce sont des personnes comme les autres mais qu'elle doit réfléchir à son attitude, son comportement, sa façon d'être ... cela ne va pas de soi. Ce n'est pas pour autant qu'elle les juge forcément. Pour les soignants, prendre en soin une personne transgenre c'est sortir de sa zone de confort.

Elle avoue quand même qu'elle éprouve des difficultés auprès de ses patients mais qu'elle les accepte contrairement à d'autres soignants : « *Après j'ai des difficultés au quotidien avec ces patients, je les accepte mais pas tout le monde est prêt à les accepter.* » (1.133-134). Peut-être est-ce de l'auto-suggestion, elle essaie de se persuader elle-même qu'elle est tolérante et accepte ses patients.

Denver, travaillant également dans un service spécialisé à le même ressenti par rapport aux soignants extérieurs au service : « *Parfois on a le personnel du pool, c'est des gens qui viennent ponctuellement et il y en a qui ont clairement fait comprendre qu'ils ne voulaient pas prendre en charge ce type de pathologie.* » (1.57 à 59) Ce sont en fait des patients rejetés. Ce que Denver qualifie de « pathologie » n'en est pas une, il les stigmatise, alors qu'ils sont comme tous les autres patients, ils restent des êtres-humains. Denver a eu de mauvais retours des patients : « *ils étaient quelque fois mal pris en charge par l'équipe qui était heu pas violent dans leurs propos mais qui étaient dans le rejet.* » (1.37-38) ou encore « *Par exemple pendant le covid notre service a été fermé de nombreuses fois donc nos patients se retrouvaient dans d'autres services et certains, la majorité, nous ont fait remonter qu'ils n'avaient pas été très bien pris en charge, que le personnel ignorait leur douleur, ils avaient vraiment eu l'impression d'être stigmatisés, c'est vraiment grave pour le coup* » (61 à 65) Les patients transgenres étaient alors rejetés et pas écoutés par les équipes qui n'avaient pas l'habitude de les prendre en soin. C'est à ce moment-là qu'elle s'est rendu compte de la place que prenait la stigmatisation au sein des autres services alors qu'il s'agit en quelque sorte d'un hôpital prévu pour accueillir les personnes transgenres et les aider dans leur parcours de transformation.

Selon elle, « *Les personnes qui stigmatisent sont des gens qui ne connaissent pas.* » (Denver, 1.66-67) L'absence de connaissances à ce sujet mènerait alors à la stigmatisation et par conséquent au rejet. Nairobi dit également que « *ce n'est pas prioritaire par rapport à quelqu'un qui a un cancer ou une maladie plus lourde, c'est ces préjugés-là en fait. On a un patient qui prend une place en digestif pour faire une transformation de transgenre, à côté il y a un patient qui a un cancer, est-ce qu'on le prend, on ne le prend pas, c'est ce genre de discours qui choque un petit peu certains infirmiers et AS.* » (1.128 à 132) La personne transgenre passe finalement après les autres patients, peut-être parce que ce n'est pas une souffrance somatique mais une souffrance psychologique, ce qui peut faire penser aux soignant que c'est moins important et le patient n'est alors pas prioritaire.

Berlin, pourtant infirmier dans un service spécialisé, stigmatise quand même les personnes transgenres. Il dit : « *Après il y a toujours quelques précautions à avoir avec ce genre de ... ce genre de personne notamment l'emploi du genre qui peut être assez délicat et souvent qui fait peur aux gens qui ne sont pas du service. Après ça reste une prise en charge assez chirurgicale donc on reste concentré surtout sur ce qui est pansements, paramètres vitaux.* » (1.18 à 21) et « *En soit pour moi ça ne change pas grand-chose, ça reste (rire) un patient lambda qui fait sa chirurgie et qu'on prend en charge comme n'importe quel autre patient.* » (1.25.26). Il bégaye, hésite, lorsqu'il souhaite qualifier les personnes transgenres, il ne sait pas comment les définir, comme si ce n'était pas vraiment des personnes et qu'il cherchait un autre terme. Ensuite, le patient devient objet, il ne le prend pas en soin dans sa globalité en prenant compte de ses émotions, son histoire de vie, mais seulement l'acte chirurgical avec les pansements. Je pourrais penser que, pour lui, ça ne change pas grand-chose, si pour lui les patients sont objets alors ils sont tous pareils. Le fait qu'il en rit pourrait même laisser penser à une forme de moquerie. Il ajoute : « *On ne sait pas ce qu'ils ont un peu partout.* » (1.29-30), sous-entendu on ne sait pas s'ils se sont fait opérer ou non, quel sexe ils ont. Néanmoins, la façon dont cela a été formulé et le ton employé, peut faire preuve de stigmatisation et de préjugé.

Denver qualifie également les personnes transgenres de « *patients lambdas* » (1.46). Lambda d'après la définition de ce mot, voudrait dire que les patients sont quelconques, sont « moyens ». Mais cela peut aussi dire qu'il ne fait aucune distinction entre les patients, qu'ils soient transgenres ou non, il les considère de la même façon.

Nairobi, pour désigner la personne transgenre dit : « *après transgenre vous voulez dire M to F ? F to M ?* » (1.13) Les patients sont donc réduits à des lettres et non à leur genre. Ne connaissant pas la signification de ces sigles, je lui ai demandé de m'expliquer et voici la réponse : « *Vous ne savez pas ce que ça signifie ? Bah un homme qui se transforme en femme c'est M to F et une femme qui se transforme en homme c'est F to M.* » (1.16-17). Je trouve cela stigmatisant et minimisant de réduire des personnes à de simples lettres, d'autant plus que dans sa façon de répondre j'ai eu l'impression que c'était quelque chose de logique et qu'elle était étonnée que je ne connaisse pas. Cette façon de parler peut aussi être propre à son service, c'est leur propre langage. Ainsi, lorsqu'on a des habitudes, celles-ci empêchent d'une certaine façon la réflexion, on ne fait plus attention à ce qu'on dit car cela paraît normal. Il s'agit finalement d'une banalisation qui pourrait elle-même devenir stigmatisante.

Nairobi dit : « *Il est vrai que c'est plus perturbant pour nous, heu un homme qui se transforme en femme parce que le physique déjà. Un homme peut faire 1m80, peser un certain poids, on aura du mal à l'appeler madame (rire). On a souvent ce genre de problème en fait.* » (1.21 à 23) et « *il ne faut pas qu'on fasse d'erreur. Et là les erreurs sont souvent faciles, mais ce qui n'est pas le cas avec l'autre côté, quand une femme se transforme en homme, il y a moins de confusion.* » (1.28 à 30) Il semblerait que ce soit plus stigmatisant quand un homme se transforme en femme du fait de son apparence physique. Le résultat étant moins frappant, Nairobi n'arrive pas à lui parler comme s'il s'agissait d'une femme, d'ailleurs cela la fait rire d'appeler une personne d'1m80, 80kg, madame. Elle et son équipe, puisqu'elle emploie le pronom « on », font plus d'erreurs quand c'est un homme qui se transforme en femme plutôt qu'une femme qui se transforme en homme. D'ailleurs, il est plus accepté dans la société un homme transgenre plutôt qu'une femme transgenre car l'homme représente encore malgré les avancées la puissance et la femme la faiblesse. « *La transition pour nous est plus facile physiquement quand c'est une femme qui se transforme en homme. Par contre c'est plus difficile pour nous quand on a affaire à un homme qui se transforme en femme le résultat n'est pas probant. Donc il y a des confusions, des erreurs, on appelle « monsieur » alors que c'est une dame, et des fois c'est compliqué ça peut entraîner des conflits avec cette personne. Ce n'est pas inné alors.* » (1.30 à 35), « *des fois on a des confusions* » (1.99). Elle a donc besoin d'un temps de réflexion afin de s'adapter, elle travaille depuis plusieurs années dans ce service mais ce n'est toujours pas quelque chose de naturel et normal pour elle. C'est également plus difficile quand la transition se fait chez une personne plus âgée : « *Avec les jeunes comme ils prennent des hormones la transition est plus facile.* » (Nairobi, 1.111) Le changement physique étant plus frappant l'emploi du bon pronom est facilité contrairement aux changements physiques tardifs : « *J'ai eu un souci avec un autre patient, à chaque fois je disais « monsieur », ce n'était pas possible, je n'y arrivais pas, et c'était une femme. Il avait 50 ans* » (1.108-109) Même ici, elle emploie encore le pronom « il » alors qu'elle est consciente que c'est une femme, elle le sait mais n'arrive toujours pas à considérer cette personne en tant que femme.

Bien qu'elle prétende ne pas avoir de préjugés, « *Moi j'ai fait l'erreur sans... moi je n'ai pas de préjugés en fait, peu importe, il ne faut pas avoir de préjugé en fait, c'est un patient comme un autre mais c'est vrai que des fois au quotidien ce n'est pas facile.* » (1.103 à 105), elle en a tout de même sans s'en rendre compte : « *si vous avez été un homme toute votre vie, vous faites 1m80, 90kg, vous faites du 45 (souffle), vous n'aurez jamais l'air d'une femme vous voyez. En*

*plus à l'hôpital ils ne sont pas habillés ils sont en chemise d'hôpital, donc ce n'est pas toujours facile. Mais on est un service bienveillant, on a de la bienveillance par rapport à ces personnes mais des fois il y a un petit couac ça arrive »* (1.113 à 117) Je me rends quand même compte que finalement il peut y avoir de la stigmatisation et des préjugés sous couvert de maladresse tout en étant bienveillant avec le patient transgenre.

J'ai appris qu'*« on ne met pas deux transgenres dans la même chambre, parce qu'elles se comparent entre elles ou entre eux. C'est mieux une chambre seule. Ils sont très pudiques aussi en général au niveau des appareil génitaux. »* (Nairobi, 1.118 à 120) La raison pour laquelle des personnes transgenres de même genre ne sont pas dans la même chambre peut s'entendre. Cependant, elle déclare que les transgenres sont pudiques, mais elle les qualifie aussi comme étant exubérants : *« Exubération aussi, est-ce que je peux dire ça (rire) »* (1.74) Elle se contredit donc et en rit. Pudiques, exubérants ... Je n'aurai pas le fin mot de cette contradiction qui, selon moi, est teintée de stigmatisation, malgré sept années d'exercice dans ce service.

Ainsi, ces erreurs peuvent entraîner des conflits avec les patients : *« Ces gens se sentent peut-être plus agressés quand on fait une erreur dans Monsieur Madame. A un âge tardif c'est difficile à gérer parce que les résultats chirurgicaux sont moins visibles. »* (1.43 à 45) Elle explique donc que plus le début du changement physique se fait tard, moins les effets attendus sont probants, et plus cela entraîne des erreurs menant ainsi à de la stigmatisation. Elle dit clairement : *« elles sont stigmatisées »* (Nairobi, 1.74), elle assume la réalité du terrain. Elle raconte qu'*« Un jour j'ai fait l'erreur de dire monsieur à une femme transgenre et il y avait sa femme à côté, elle m'a réprimandé, mais comme physiquement c'était... dans le mouvement des fois on ne fait pas attention. »* (1.99 à 101) La relation soignant-soigné peut donc être altérée à cause de ces erreurs qui sont tout à fait évitables. Un automatisme s'installe en fait dès le plus jeune âge, lorsque nos yeux voient un physique d'homme on dit automatiquement monsieur, c'est ce que Nairobi nous dit.

Les infirmières travaillant dans un service non-spécifique sont étonnamment moins stigmatisantes que ceux travaillant dans un service spécialisé.

Tokyo dit que *« C'est bizarre peut être au premier abord mais après on fait vite abstraction. »* (1.19) Le premier contact est donc particulier car elle ne connaît pas le patient, elle le découvre. Une fois la rencontre passée, elle ne pense même plus au fait qu'il s'agit d'une personne transgenre, elle le considère comme les autres patients et ne fait aucune distinction due à son

changement de genre. « *Même les médecins étaient désorganisés, comment on le traite, heureusement qu'il y avait son médecin référent qui nous a très vite aiguillé mais c'est vrai qu'on était un peu : « Ah mince qu'est-ce qu'on fait, comment on le traite », parce qu'il avait des hormones femelles mais encore aussi beaucoup d'hormones mâles, tant qu'il ne se faisait pas opérer. On n'a pas eu le cas, mais je pense qu'on aurait un patient opéré on l'aurait plus traité comme le sexe qu'il voulait avoir, parce qu'il aurait presque plus eu ses hormones mâles ou femelles, c'est encore différent.* » (Tokyo, 1.31 à 38) C'est quand même difficile de prendre en charge un patient transgenre que ce soit pour les médecins ou les infirmiers car ils ne maîtrisent pas les traitements, il peut y avoir des interactions entre les hormones et d'autres traitements. Ils se sont donc rapprochés du médecin spécialiste du patient pour obtenir les réponses à leurs questions. Ils ont tout de même dû adapter les traitements du patient à son genre d'origine afin qu'il bénéficie des posologies adaptées à sa guérison.

Paris ne présente aucune stigmatisation dans ses paroles, dans sa prise en charge hormis un point. Rappelons qu'elle a pris en soin deux patients, un qui s'accepte et l'autre non. En parlant de son patient qui s'accepte elle dit : « *alors que l'autre personne était très adorable* » (1.79), sous-entendu que la personne qui ne s'accepte pas ne l'est pas. Sans le savoir elle stigmatise les personnes transgenres qui ne se sentent pas bien dans leur corps, sûrement parce que la prise en charge est plus compliquée.

Il est vrai que le thème de la stigmatisation n'est pas évident. Il est facile de juger les personnes qui stigmatisent, mais celles-ci ne s'en rendent pas forcément compte. De plus, la stigmatisation peut entraîner de la distance avec le patient.

#### 3.4.2.1 Maladie psychiatrique

Bien qu'être transgenre ne fasse plus partie des maladies psychiatriques, elle est toujours considérée comme telle. Par exemple, pour le patient de Paris : « *l'autre même le médecin avait beaucoup de mal, on a dû le faire hospitaliser en psychiatrie, il était vraiment perdu mais ça reste des êtres humains quoi qu'il arrive.* » (Paris, 1.80.81) Finalement, la dernière solution pour ce patient était l'hospitalisation selon l'équipe, non parce qu'il était transgenre, mais parce que du fait qu'il ne peut pas poursuivre sa transformation comme il le souhaitait, il se faisait du mal

jusqu'à mettre en péril sa vie. Cela renvoie donc au côté psychiatrique, certains soignants pourraient remettre en cause le fait que le statut de maladie psychiatrique a été retiré.

De plus, malgré le retrait de ce statut les patients ont encore un suivi psychologique comme le patient de Tokyo : « *Il était suivi psychologiquement aussi, parce que l'entourage ne suivait pas.* » (Tokyo, 1.43-44) Cet homme se sentait mal de par l'absence de soutien de ses proches, il avait donc besoin d'en parler, de se faire aider, d'être simplement entouré et soutenu afin d'aller mieux. C'est important de ne pas être seul dans cette « épreuve », ils sont bien entourés : « *La prise en charge au niveau soin, au niveau psychologique on n'a pas de psychologue dans le service, après c'est des gens qui font partie d'un suivi, ils sont pris en charge psychologiquement et ont vu toute une équipe médicale avant la transformation. On ne vient pas comme ça décider « on veut changer de sexe », ça ne vient pas tout de suite comme ça, ils font partie d'une équipe pluridisciplinaire et ont des entretiens pour valider cette chirurgie qui est prise en charge à 100%.* » (Nairobi, 1.49 à 54) Le patient est donc accompagné tout au long du parcours avant de faire l'opération afin de changer de sexe. Cela reste donc encore une fois un parcours psychologique. Afin de qualifier une personne transgenre, Nairobi emploie le mot « souffrance psychologique » : « *Souffrance, souffrance psychologique. J'ai un patient qui m'a dit « j'ai cru devenir fou », maintenant la transposition est plus facile parce que c'est reconnu par la société, mais il y a quelques années ce n'était pas du tout reconnu et un patient m'avait dit un jour « heureusement que j'ai été pris en charge par cette équipe parce que sinon je me croyais fou, j'aurais pu terminer dans un hôpital psychiatrique* ». (1.80 à 84) Cela renvoie de nouveau au côté psychiatrique, lorsque la société n'accepte pas du tout les transgenre, que le patient n'est pas soutenu, non cru, il se sent de suite « fou » et devrait ainsi passer par la case hôpital psychiatrique. Finalement c'est la société qui les conditionne et les achemine vers le côté « maladie psychiatrique ». Maintenant que c'est reconnu, il n'y a plus d'hospitalisation pour ce motif et les personnes transgenres ne se disent même plus qu'elles sont « folles ».

D'après Denver, les patients transgenres ont besoin de plus d'écoute et d'accompagnement de la part des soignants : « *L'aspect psychologique est plus important pour les patients transgenres, il faut peut-être un peu plus prendre le temps, être à leur écoute.* » (1.47-48) Le côté psychologique ressort donc davantage et est plus important, le fait de dire qu'il faut être plus à leur écoute et prendre plus de temps pour eux montre qu'ils ont besoin d'une écoute psychologique. C'est plus le psychique que le somatique. De par les soignants, « *J'ai des retours de personnels qui n'ont pas l'habitude de travailler dans notre service, qui trouvent*

*qu'ils sont plus difficiles, plus demandeurs, moi c'est pas du tout mon ressenti.* » (Denver, 1.24-25) nous dit-il. Les personnes transgenres demandent plus de temps ce qui perturbe les soignants. Être à l'écoute des patients fait partie du métier d'infirmier. Denver n'a pas ce ressenti, elle a l'habitude contrairement aux autres services.

Berlin lui aborde le côté psychologique mais différemment des autres infirmiers. Il dit : « *Mais bon après, au niveau psychologique ça dépend de chaque personne, il y en a qui ont un peu plus de troubles et d'autres pas du tout, donc qui seront tout ce qu'il y a de plus normal. Donc prise en charge qui ne change pas pour moi.* » (1.30 à 32) Selon lui certaines personnes transgenres présentent des troubles. Mais qu'est-ce que des troubles pour lui finalement ? Une personne présentant des « troubles » serait alors anormale et les autres n'en ayant pas seraient donc normales. Une personne transgenre normale aura une prise en charge comme tous les patients, ce sera plus simple de se concentrer sur le côté chirurgical et soins, alors qu'une personne transgenre présentant des troubles verra sa prise en soin altérée parce que ce sera plus compliqué de « *rester concentré sur tout sur ce qui est pansements, paramètres vitaux.* » (1.18 à 21), c'est ainsi plus simple de se concentrer sur le côté soin.

### 3.4.3 La relation soignant-soigné

#### 3.4.3.1 Confiance

Paris parle de la confiance comme de quelque chose de réciproque : « *Moi ils m'ont beaucoup appris, beaucoup apportés, après c'est surtout dans la vie de tous les jours.* » (1.67-68). Les patients transgenres avaient confiance en elle, ainsi ils ont pu se livrer et discuter sur ce sujet-là. Cela lui a permis d'en apprendre davantage, de s'ouvrir, de voir les choses autrement dans sa vie quotidienne. Cette confiance réciproque est bénéfique tant pour le soignant que pour le patient qui se sent ainsi écouté et entendu. C'est une relation donnant-donnant. « *Ce qui est difficile c'est quand ils sont en souffrance et perdus, mais il faut être naturel, moi des fois je n'ai pas de gêne à dire « voilà je ne sais pas comment vous aborder », on est des êtres humains donc si nous on est en difficultés on leur dit et je pense que ça peut aider* » (1.70 à 73). Leur dire clairement qu'elle ne sait pas comment faire permet de montrer au patient qu'elle cherche à avoir la bonne attitude avec eux. Elle leur montre ses faiblesses, ses difficultés, ainsi le patient voit qu'il peut avoir confiance en cette infirmière. « *Ça dépendra comment est la relation avec*

*la personne, si après on est froid, on est dans le jugement, je pense qu'il le prendra mal mais si on est plutôt ouvert à la discussion et qu'il voit qu'en soit nous ça ne change rien, après le monsieur qui s'injectait du white-spirit c'était très compliqué. Il n'acceptait pas du tout du tout du tout son corps, même pour les soins c'était compliqué. »* (Paris, 1.26 à 29). La confiance est donc aussi très importante pour faciliter les soins avec le patient.

Pour Denver, la confiance s'installe d'une autre manière, « *j'adapte ma prise en charge en fonction de s'ils sont soutenus ou pas par leur famille ou leurs amis, parce qu'il y en a qui sont vraiment vraiment isolés et qui arrivent vraiment tout seuls* » (1.17 à 19). Afin d'en venir à une relation de confiance, Denver prend en compte chaque point, chaque côté de son patient. Elle fait en sorte d'être la personne sur qui ils peuvent compter lorsqu'ils n'ont pas leur famille ou leur entourage. Elle leur montre qu'ils peuvent avoir confiance en elle comme elle a en quelque sorte confiance en eux.

#### 3.4.3.2 Rencontre

L'accueil est un moment très important dans la rencontre avec l'autre, c'est le début de la création de la relation soignant-soigné : « *C'est juste accepter qu'on soit différents, et respecter la volonté de la personne, moi ça ne change rien à ma prise en charge, juste le premier contact qui va être différent car il faut avoir beaucoup de tact* » (Paris, 1.22.23). Le premier contact est imprévisible, ils ne se connaissent pas.

Avec la confiance, la communication entre en jeux. Pour cela Paris utilise parfois l'humour : « *quand on fait une bourde on s'excuse, on rigole et puis voilà.* » (1.23) Elle essaie de « *dédramatiser* » la situation en en riant et de permettre ainsi de ne pas entraver la relation soignant-soigné qui a commencé à se tisser. La communication est importante, Denver dit : « *alors que les femmes qui deviennent homme restent au moins 2 semaines. On a plus le temps de se connaître, de parler* » (1.13.14) Denver préfère les chirurgies plus longues afin d'avoir le temps de discuter avec les patients transgenres, d'apprendre à les connaître afin d'instaurer une vraie relation soignant-soigné. « *Après moi j'aime bien quand ils arrivent voir où ils en sont dans leur parcours, puis y'en a qui demandent qu'on les appelle par leur prénom, y'en a qui n'ont pas forcément cette demande.* » (1.14 à 16) Elle cherche à savoir où ils en sont afin de s'adapter aux mieux à eux, d'éviter les erreurs et ainsi ne pas les contrarier involontairement et risquer de commencer la construction d'une relation soignant-patient sur de mauvaises bases.

Berlin, qui, rappelons-nous, considère tous ses patients de la même façon car il s'intéresse d'avantage à l'opération plutôt qu'au patient, a dit : « *Maintenant qu'on sait un peu toutes les étapes qu'ils doivent faire ça améliore un petit peu la prise en soin* » (1.38.39) Le fait d'en avoir appris plus sur les personnes transgenres, peut-être en communiquant avec eux, a permis d'humaniser un peu plus sa relation avec eux et ainsi de l'améliorer, « *La prise en charge s'est faite plutôt facilement.* » (1.17), et donc de la faciliter. Nairobi trouve également que la communication est légitime : « *Il faut chercher l'information par la discussion* » (1.120). Denver dit : « *il faut peut-être un peu plus prendre le temps, être à leur écoute* » (1.47-48). Certes cela prend du temps, mais, c'est primordial. Discuter avec eux, les écouter, c'est la base pour construire une relation avec le patient.

Afin de mieux les comprendre, Paris explique : « *moi c'est parce que j'avais discuté avec la personne que je savais que j'ai eu un abord de sujet dessus et aussi dans mes amis proches et dans mes relations proches mais sinon ce n'est pas quelque chose sur lequel on ne va pas pencher dessus. Mais c'est très compliqué de comprendre, de savoir quels mots utiliser sans être blessant, ce n'est pas évident.* » (1.48 à 52) Elle discute donc comme les autres soignants avec le patient, et l'avantage qu'elle a eu c'est qu'elle connaissait déjà des personnes transgenres dans son entourage, ce qui a favorisé la prise en soin, et ainsi le lien avec le patient même si ça reste compliqué et délicat de ne pas employer des mots qui pourrait les blesser. De plus, Paris est claire avec les patients. Si elle ne sait pas comment s'y prendre elle leur dit : « *je ne sais pas comment vous appeler, ni madame ni monsieur, parce qu'en fait vous vous détruisez autant que ce soit homme femme et je ne sais si vous vous rendez compte de la souffrance que vous provoquez,* » « *il était tellement perdu donc lui ça a été un conflit avec tout le monde, il ne voulait pas se dénuder, il avait honte* » (1.75 à 78) Le fait de dire les choses permet tout d'abord au patient de s'exprimer, de dire ce qu'il veut ou ce qu'il ne veut pas. Cela peut aussi permettre de débloquer une situation qui ne va pas autant pour le patient que pour le soignant. Communiquer peut parfois porter ses fruits, mais à d'autres moments peut mener à rien comme dans la situation de laquelle Paris parle.

L'éthique ressort avec Paris : « *pour essayer d'amorcer le contact je leur demande comment ils veulent que je les appelle madame ou monsieur, comme ça ils voient qu'il n'y a pas de problème, et que ça ne pose pas de soucis, l'essentiel c'est de respecter sa volonté* » (1.14 à 16). Elle fait en sorte de respecter leur choix, elle leur montre qu'elle ne les juge pas, ne les

stigmatise pas. Elle ne fait aucune différenciation entre un patient transgenre et un patient qui ne l'est pas : « *Moi j'estime qu'il n'y a pas forcément de particularité, il faut juste respecter la personne* » (1.18)., « *c'est très compliqué d'avoir la bonne attitude, il faut rester naturel et puis les traiter comme des êtres humains avant tout, puis respecter leurs choix, et leurs besoins.* » (1.69.70). Elle leur accorde le même respect, ce qui est en soi, tout à fait normal. Tout comme Nairobi : « *Moi je trouve en tant qu'infirmier qu'il faut prendre la personne telle qu'elle est et pas essayer de chercher plus* » (1.98-99). Elle accepte le patient qu'elle prend en soin comme il est, en s'adaptant à lui, afin que tout se passe au mieux. « *Après il y a la sexualité aussi mais on n'en parle pas, ce n'est pas notre ressort, ça ne nous importe pas finalement, est ce qu'il est attiré par un homme, après si on commence à se poser des questions là-dessus on en a plus fini en fait.* » (1.94 à 97) Elle n'est pas indiscrete avec eux, n'aborde pas les sujets personnels sauf si, bien évidemment, le patient de lui-même souhaite discuter de ce sujet-là avec elle. L'éthique ressort également chez Denver : « *Nous on a la chance d'avoir un chirurgien proche de l'équipe paramédicale et même de ses patients, et qui du coup nous a un peu montré la voie en nous montrant qu'il fallait les prendre en charge comme n'importe quel autre patient, rester simple et ne pas se poser 50 milles questions, c'est des patients comme les autres quoi.* » (1.51 à 54) Tout comme Paris, elle ne fait pas de distinction si le patient est transgenre ou non. Elle reste simple comme elle le dit, agit naturellement, comme les choses lui viennent. « *Moi je n'ai pas de gêne à appeler quelqu'un madame alors qu'il a un corps de monsieur ou vice versa, faut avoir l'esprit ouvert. Faut s'adapter à lui ce n'est pas à lui de s'adapter à nous.* » (1.83.84) Elle respecte le patient, sa dignité, sa volonté. Elle l'appelle comme il le souhaite, son apparence physique ne compte pas, c'est son désir d'être appelé madame ou monsieur qui compte.

L'empathie ressort beaucoup avec Paris, mais aussi avec Tokyo et Denver.

Tokyo démontre son empathie de par le courage qu'elle leur trouve, elle se met à leur place et se dit qu'ils ont eu de l'audace : « même à 40 ans après avoir eu des enfants et tout c'était courageux de sa part. » (Tokyo, 1.42). Elle rajoute : « *courageux, authentique et je les trouve assez jovials. Ils voient le bon côté de la vie, même s'ils ne sont pas forcément dans le bon corps* » (1.47-48). Bien qu'ils traversent un passage difficile, s'ils ont de quoi se sentir malheureux, ils montrent toujours le côté positif des choses, et Tokyo se rend compte de tout cela et les comprend.

Pour Denver, son empathie envers les personnes transgenres se montre notamment à leur retour du bloc opératoire. « *Je trouve qu'ils ont besoin d'être souvent rassurés sur leur image après*

*l'intervention* » (Denver, 1.26), « *souvent quand ils remontent du bloc et qu'ils sont bien réveillés, je leur propose de les prendre en photo, pour qu'ils se rendent compte si ça correspond à ce qu'ils attendaient, malgré le bleu et le gonflement, ils sont contents.* » (Denver, 1.28 à 30) Elle comprend qu'ils ont besoin d'être rassurés à leur retour de bloc, ce sont des opérations importantes, stressantes, qui les change physiquement. Ce sont alors de nouvelles personnes, ils « *ont besoin d'être rassurés sur le physique qu'ils veulent acquérir* ». (Denver, 1.45-46) Elle comprend leur besoin d'être rassuré et fait donc en sorte qu'ils se voient d'une manière ou d'une autre afin qu'ils se sentent mieux. « *On est tous bienveillant vis-à-vis des patients* » (Denver, 1.60-61), « *le personnel du service habituel a une grande ouverture d'esprit* » (Denver, 1.66). Selon ses dires, c'est une bonne équipe, tous bienveillants et ouvert d'esprit. Cela se contredit tout de même par Nairobi qui, travaillant toute les deux dans le même service, m'a dit qu'il y avait tout de même de la stigmatisation. Mais la stigmatisation n'empêche visiblement pas d'être bienveillant avec le patient, tant que le comportement envers lui est adapté. Ils font tout de même preuve d'empathie, chacun à leur façon.

Paris est la soignante qui montre le plus d'empathie envers les patients transgenres. Tout d'abord elle dit : « *C'est juste accepter qu'on soit différents, et respecter la volonté de la personne, moi ça ne change rien à ma prise en charge, juste le premier contact qui va être différent car il faut avoir beaucoup de tact* » (1.22.23) Elle les comprend en faisant en sorte de s'adapter à eux, chacun est différent, mais ce n'est pas pour autant qu'elle va les prendre en soin différemment.

Lorsqu'elle parle de son patient, je ressens vraiment sa compassion envers lui : « *il voulait une poitrine mais ne pouvait pas se faire opérer et voulait faire tomber ce pénis, il était en souffrance, il souffrait.* » (1.38.39).

Elle se rend compte que certains soins qu'elle fait peuvent complexer, gêner la personne transgenre : « *la complexité que ça peut avoir et l'attitude qu'on doit adopter face à ses personnes là comme quand on a des cours sur les personnes en fin de vie, c'est un contexte assez particulier et qu'on ne côtoie pas tous les jours. Il y a le problème de la nudité, on est assez invasifs quand même, on fait des soin intimes* » (1.44 à 47). Malgré la particularité pour elle de prendre en soin une personne transgenre, elle s'adapte toujours à eux et cherche à les comprendre sans cesse. Elle me dit de longues phrases montrant encore une fois une grande empathie envers les patients transgenres :

*« Uniques car ce sont des personnes qui vont avoir un certain corps et qui vont avoir des sentiments différents, qui sont encore plus uniques, car ils sont dans une enveloppe corporelle avec une autre perception, une autre mentalité donc ils sont vraiment très uniques.*

*Fragiles parce que c'est un cheminement psychologique je pense long, dans la société actuelle c'est très compliqué, se faire accepter de son environnement, de sa famille, de ses proches, dans le travail, ça doit être très compliqué. Puis même de savoir qu'est-ce qu'on veut réellement, le cheminement personnel, où est-ce qu'on veut aller, se faire opérer ou pas, ça doit être vraiment très compliqué et c'est des personnes fragiles je pense.*

*Complexes, c'est s'accepter, savoir si on veut se faire opérer ou pas opérer, si c'est juste un problème d'identité sexuelle ou corporelle, c'est complexe. »* (Paris, 1.56 à 65). Dans son discours, je ressens qu'elle est une soignante avec un grand cœur, simple, naturelle. Elle les comprend en se mettant à leur place. Elle comprend leurs difficultés, leurs questionnements. Le fait que dans sa vie personnelle elle connaisse des personnes transgenres doit également aider pour sa vie professionnelle et ainsi faciliter la relation soignant-soigné.

#### 3.4.4 Autres...

##### 3.4.4.1 La souffrance

La souffrance ressort chez plusieurs soignants. Paris dit : *« il s'est injecté du White-spirit dans la poitrine pour avoir une forme de poitrine féminine et dans le pénis pour le faire tomber. Ça a été une prise en charge assez compliquée, il a fait un sepsis, des nécroses. »* (1.8 à 10) Cela démontre une grande souffrance du patient, il met sa vie en danger pour atteindre son but : celui d'être une femme. Elle ajoute qu'*« Il n'acceptait pas du tout du tout du tout son corps, même pour les soins c'était compliqué on ne pouvait pas regarder son corps, on ne pouvait pas le toucher sauf qu'on avait des obligations de soins, donc ça dépend où il est même lui dans son cheminement. »* (Paris, 1.29 à 31) et *« il voulait une poitrine mais pouvait pas se faire opérer et voulait faire tomber ce pénis, il était en souffrance, il souffrait »* (1.38.39). Il était dans une grande souffrance du fait de ne pas être dans le bon corps, jusqu'à ne pas vouloir que les soignants aient un contact avec lui. Le fait de ne pas se sentir bien dans son enveloppe corporelle mène à un rejet de son propre corps dont il a honte. Nairobi partage ce point de vue : *« J'insiste sur réparatrice parce que on entend souvent que c'est de la chirurgie pour l'amélioration du*

*physique mais c'est surtout des gens en souffrance.* » (1.4-5) Elle nous dit donc que ce n'est pas juste de la chirurgie, ça ne s'arrête pas juste au physique, ça va beaucoup plus loin, cela se joue également au niveau psychologique, s'ils ne le font pas ils souffriront sans cesse, « *en fait il y a une souffrance physique et mentale.* » (Nairobi, 1.10-11) Tout comme Nairobi et Paris, Denver a également la même opinion en utilisant comme mot pour qualifier une personne transgenre : « *combat [...] souffrance* » (1.42). C'est donc un perpétuel combat, rempli de souffrance, jusqu'à ce que leur objectif soit atteint, et où ils se sentiront enfin bien.

Berlin lui, n'a utilisé pour qualifier une personne transgenre que des mots négatifs ramenant à la souffrance : « *(très long moment de réflexion) heu ... dépression, (encore très longtemps) mal-être, et attendez je cherche un mot joyeux ... (encore très longtemps) et besoin de changement.* » (1.41.42). Il met très longtemps à répondre à ma question qui était de qualifier en trois mots une personne transgenre, il a tenté de trouver un terme positif mais en vain. Selon lui être une personne transgenre n'est donc que souffrance et mal-être.

#### 3.4.4.2 La solitude, l'abandon, l'isolement

« *Souffrance et perdus* » (Paris, 1.71)

Après la souffrance présente chez les personnes transgenres ressort la solitude. Abandonnés par leur famille, leurs amis, leur entourage, ils se sentent perdus, seuls, et ont ainsi besoin de soutien. « *Et isolement, et un truc important la solitude parce qu'ils ont été rejetés par leur famille, et dans les cas de transposition d'homme à femme j'ai trouvé que les gens étaient très seuls, il y a un rejet de leur famille. Ce qui n'est pas le cas tout le temps dans l'autre cas. J'ai vu plus de présence familiale quand une femme se transforme en homme. Et c'est surtout les mères qui sont présentes, c'est très rare les pères présents dans ces cas-là. Mais c'est souvent des gens seuls, isolés, et leur seul contact c'est les réseaux sociaux et les gens comme eux en fait. C'est des gens en souffrance oui.* » (Nairobi, 1.86 à 92) Nairobi nous dit ainsi que les personnes transgenres se retrouvent seules. Ce rejet s'accroît lorsqu'il s'agit d'un homme qui se transforme en femme. Et oui, pour quelle raison un être fort se transformerait en être faible, cette façon de penser persiste encore chez certains. A l'inverse, quand la femme se transforme en homme, la famille est davantage présente, peut-être parce qu'elle devient forte et puissante (virilité), cela choque moins l'entourage. Néanmoins, les pères sont moins présents que les mères. Pour les mères il/elle reste leur enfant malgré tout, l'amour envers son enfant triomphe.

Pour les pères c'est différent... Cette solitude mène alors à l'isolement. Dans ce moment-là, les réseaux sociaux sont une échappatoire. Le patient transgenre que Tokyo prenait en charge a été lui délaissé par ses enfants : « *C'était très compliqué d'ailleurs avec ses enfants* » (1.43), « *je ne suis pas sûre que ses enfants lui parlent encore.* » (1.44-45). C'est vraiment un abandon total finalement, même les êtres qu'ils ont élevés, éduqués, les abandonnent simplement car ils sont transgenres. Denver confirme ce que font ressortir les autres soignants : « *Il y en a qui sont tout seuls, qui sont pas du tout accompagnés, qui sont abandonnés par leur famille* » (1.16.17), « *il y en a qui sont vraiment vraiment isolés et qui arrivent vraiment tout seuls.* » (Denver, 1.18.19).

### 3.5 Les limites des entretiens

Tout d'abord, les entretiens téléphoniques présentent des inconvénients : je ne pouvais pas voir les expressions du visage des soignants, un infirmier m'a appelé en dehors de son temps de travail mais finalement, n'a pas semblé impliqué dans l'entretien qui n'a alors pas été fructueux.

Interroger des soignants d'un même service à des jours d'intervalle n'est également pas une bonne décision. Je me suis rendu compte que certains connaissaient déjà les questions et également ma situation sans que je leur ai parlé. J'aurais ainsi dû, soit faire en sorte de choisir des infirmiers travaillant dans des services différents afin qu'ils ne se connaissent pas, soit réaliser mes entretiens à la suite le même jour.

J'ai également trouvé compliqué de rebondir au bon moment selon les réponses fournies afin de « creuser » un peu plus. Au moment des retranscriptions des entretiens je me suis dit que j'aurais dû poser telle question à ce moment-là, rebondir à ce sujet, etc.

## 4 Problématique

Suite aux entretiens, il ressort alors de mon travail de fin d'étude des notions non-abordées jusqu'ici. La souffrance en fait partie. Il s'agit de ce que ressent le patient : cela peut se manifester par de la peine, du chagrin ou bien de la douleur. Chez le patient transgenre, cette souffrance est tout autant physique que psychique. Physique après l'opération ; et psychique car il a un corps qui ne lui correspond pas. La peur, les besoins, les désirs entrent en jeu : le

fait de ne pas être dans le « bon » corps, la peur du passage à l'acte (faire le premier pas et réaliser les opérations chirurgicales), en même temps le désir puissant de l'opération pour être enfin en accord avec soi-même. C'est un combat intérieur important et constant qui engendre alors cette souffrance. Il est dit que pour faire face à cette souffrance il faut chercher d'où elle provient pour ensuite résoudre le problème. Mais cela n'est pas si simple, surtout pour les personnes transgenres. Elles savent d'où provient cette souffrance mais pour parvenir à leurs fins, certains se mettent en danger. Cette souffrance s'arrêtera une fois l'objectif atteint. Leur souffrance se répercute sur l'entourage mais aussi sur les soignants. Il est difficile pour un soignant de prendre en soin une personne qui ne s'accepte pas, qui refuse les soins, refuse qu'on la voie, refuse tout contact. Construire une relation soignant-soigné devient alors compliqué. Le patient ne s'aime pas, n'a pas confiance en lui et certains soins entravent l'intimité du patient. Le soignant doit alors faire en sorte de dialoguer avec le patient, de gagner sa confiance afin de lui prodiguer les meilleurs soins et faire également en sorte qu'il se sente mieux intérieurement.

Le souhait de vouloir changer de genre et d'entamer les procédures, peut conduire à un abandon, à un rejet de la famille, des amis, de l'entourage et conduit alors à la solitude, à l'isolement. La souffrance est d'autant plus accentuée. Ce sont les autres notions non-abordées dans mon cadre de référence : la solitude, l'abandon, l'isolement. Les personnes transgenres sont en majeure partie délaissées à cause de leur choix de commencer une nouvelle vie avec un nouveau genre. Dans la société actuelle, malgré les avancées, une femme est encore considérée comme étant inférieure à un homme. Cela se répercute sur les personnes transgenres. Une femme qui se transforme un homme est davantage compris(e) et entouré(e) qu'un homme qui se transforme en femme. Pourquoi un être-humain si convoité représentant la puissance, se transformerait-il en un être plus faible ? Voici la façon de penser de certaines personnes. Un homme qui se transforme en femme est encore plus incompris et plus abandonné(e) par son entourage. A contrario, une femme qui se transforme en homme est sûrement une transformation moins étonnante, plus comprise par les familles.

De plus, la plupart du temps, que ce soit un homme transgenre ou une femme transgenre, le père n'est en majeure partie pas présent, contrairement à la mère qui a moins tendance à couper les ponts avec son enfant. Pour les personnes qui entament leur transformation après avoir eu des enfants, il arrive que les enfants prennent également la décision de rompre les liens avec eux. C'est alors un abandon total, cet abandon conduit à la solitude, à l'isolement.

Dans ces moments-là, les personnes rejetées trouvent refuge et soutien via les réseaux-sociaux ou les associations, et en côtoyant des personnes se trouvant dans une situation identique ou similaire.

Je me suis également rendu compte que la confiance, notion que je pensais importante dans la relation soignant-soigné, n'est finalement presque pas abordée par les infirmiers. Cependant, concernant la stigmatisation, elle est bel et bien présente envers les personnes transgenres dans les services de soins, mais cela n'empêche en majeure partie pas les soignants de rester bienveillants envers le patient.

Malheureusement, être transgenre reste tout de même lié à la psychiatrie malgré les avancées. Concernant la relation soignant-soigné, la communication et l'empathie sont très présents en service. Le cadre de référence et les entretiens avec les différents infirmiers concordent.

Je me suis donc rendu compte que ce qui complique finalement la relation soignant-soigné, ce n'est pas le fait de prendre en soin un patient transgenre mais plutôt le fait que, si le patient transgenre souffre, se sent seul, ne s'assume pas, alors oui, à ce moment-là, la relation patient-soignant est altérée. Lorsque le patient a fait son cheminement, qu'il se sent bien, alors on pourrait supposer que la relation soignant-soigné est facilitée.

C'est pourquoi nous pourrions nous interroger sur :

« En quoi la souffrance d'une personne transgenre ne s'acceptant pas impacte la relation soignant-soigné ? »

## Conclusion

Ma situation de départ m'ayant interpellée, j'avais à cœur de réaliser mon mémoire à ce sujet en espérant que ce travail puisse éclairer les lecteurs sur la spécificité de la prise en soins des patients transgenres, mais aussi de lever les préjugés souvent liés à la méconnaissance de la transgenralité.

Après m'être moi-même interrogée à ce sujet, la question de départ suivante en a découlé :

*« En quoi la stigmatisation d'une personne transgenre impacte la relation soignant-soigné ? »*

Tout au long de ce travail de recherche, j'ai exploré différents concepts afin de répondre à mon questionnement de départ tels que le genre, l'identité, la stigmatisation, la relation soignant-soigné ...

S'il ressort de ce travail de recherche une grande empathie de la part de certains infirmiers qui cherchent à comprendre les choix et la volonté des personnes transgenres, il en ressort également de la stigmatisation. Celle-ci peut être occasionnée par la maladresse ou par une simple méconnaissance de ce sujet.

Le corps médical se heurte ici à une gestion complexe de la prise en soin. En effet, ce n'est pas tant la souffrance physique que l'on doit soigner, soulager, mais plutôt la souffrance morale et la détresse psychologique qui émane de ces personnes en conflit intérieur permanent, souvent rejetées et isolées. Les soignants se retrouvent face à des situations complexes, quelquefois inédites pour eux, devant lesquelles ils sont peu ou pas armés. Ils se retrouvent souvent démunis pour soulager ces souffrances profondes liées à l'incongruence de genre, qui peut susciter dépression, mal-être ...

Ce travail m'a enrichie, j'ai pu acquérir un ensemble de connaissances qui me permettront, dans ma future pratique professionnelle, de prendre en soin des personnes transgenres.

J'ai d'ailleurs pu mettre tout cela en œuvre lors de mon stage en pédiatrie où je me suis rendu compte que de nombreux enfants souhaitaient changer de genre. Chez ces enfants, avec toutes les difficultés de prise en soin, s'ajoute la rébellion liée à la puberté. Ils entrent la plupart du temps dans l'adolescence et ressentent un conflit intérieur. Les parents recherchent également de l'aide, de l'accompagnement. Il s'agit finalement d'une prise en charge familiale. L'équipe

psychologique intervenant sur l'hôpital s'interroge sur le possible phénomène de mode, qui peut éventuellement influencer les enfants sur leur identité de genre.

Au terme de ce travail, je trouve alors intéressant de porter et pousser ma réflexion sur les enfants souhaitant changer de genre.

## Bibliographie

- Alessandrin A. (2014). Du « transsexualisme » à la « dysphorie de genre » : ce que le DSM fait des variances de genre. *Open Edition Journals*. <https://doi.org/10.4000/socio-logos.2837>
- Goffman, E. (2012). *Stigmate : les usages sociaux des handicaps*. Atelier de Normandie Roto Impression S.A.S.à Londrai (France) : Les Editions de Minuit.
- Héritier, F. (2012). *Masculin/Féminin I : la pensée de la différence*. Saint-Amand-Montrond : Odile Jacob.
- Manoukian, A. (2008). *La relation soignant-soigné*. Lamarre
- Marzano, M. (2010). *Eloge de la confiance*. Pluriel
- Phaneuf, M. (2016). *La relation soignant-soigné : L'accompagnement thérapeutique* (2<sup>ème</sup> édition). Montréal : Chenelière éducation.
- Reucher, T. *La psychiatrisation comme stigmatisation des personnes Trans'*. [reucher2007-nice-stigma-psychiatisation\\_stigmatisation\\_trans.pdf \(free.fr\)](#)

## Sitographie

- <https://doi.org/10.4000/socio-logos.2837>
- Chirurgie transgenre : qui peut la faire ? (medisite.fr)
- Transidentité : un tabou français ? – interviewée’s cut ;-)- Le Blog de Karine Espineira / Espiñeira (wordpress.com)
- [tableau\\_resume\\_ap.pdf](#) (gouv.qc.ca)
- <https://www.psychologue.net/articles/que-signifie-etre-transgenre>
- Patients transgenres : le généraliste en première ligne | Le Généraliste (legeneraliste.fr)
- Les transgenres et leur histoire – L’identité de genre (wordpress.com)
- Transidentités : histoire d’une catégorie | EHNE
- Le concept de stigmatisation (sociodoc.fr)
- Du « transsexualisme » à la « dysphorie de genre » : ce que le DSM fait des variances de genre (openedition.org)
- Qui est Petra de Sutter, première ministre transgenre en Europe ? (aufeminin.com)
- [reucher2007-nice-stigma-psychiatisation\\_stigmatisation\\_trans.pdf](#) (free.fr)
- La relation soignant/soigné - Cours soignants (espacesoignant.com)
- Définition de souffrance - Concept et Sens (lesdefinitions.fr)

# ANNEXES

## Annexe 1 : Demande d'entretiens



**INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS**

Mme Pascual Victoria  
Étudiant(e) en soins infirmiers  
Adresse : 5 clos St André,  
Boulevard Joliot Curie,  
13160 Châteaurenard

à Madame la Directrice des Soins  
Monsieur le Directeur des soins

Téléphone : 06 64 94 46 12  
Mail : viki0209pascual@gmail.com

Avignon, le 12/02/2022

Madame, Monsieur,

J'ai l'honneur de solliciter de votre bienveillance l'autorisation de réaliser des entretiens dans le(s) service(s) : réanimation, chirurgie thoracique et vasculaire et infectiologie  
auprès de la(des) population(s) : infirmiers  
dans le cadre de mon travail de fin d'études dont le thème est :

**La prise en soin d'une personne transgenre**

Veuillez trouver ci-après le guide d'entretien qui a été validé par mon Directeur de Mémoire.

Question inaugurale : Pouvez-vous me raconter une prise en charge d'une personne transgenre ?

Questions de relance :

- Comment cela a-t-il impacté la prise en soin ?
- Avez-vous des connaissances à ce sujet ?
- Pensez-vous qu'avoir davantage de connaissances permettrait une meilleure prise en soin ?

En vous remerciant, je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de ma respectueuse considération.

## Annexe 2 : Le guide d'entretien

Généralités	<ul style="list-style-type: none"><li>- Pour commencer l'entretien, pouvez-vous vous présenter brièvement ?</li><li>- Dans quel service exercez-vous et depuis combien de temps ?</li><li>- En quelle année avez-vous été diplômé ?</li><li>- Quel est votre parcours professionnel ?</li></ul>
Question inaugurale	Pouvez-vous me raconter une prise en charge d'une personne transgenre.
Questions de relance	<ul style="list-style-type: none"><li>- Qu'elle est la particularité de la prise en soin d'une personne transgenre ?</li><li>- Comment cela a-t-il impacté la prise en soin ? La relation soignant-soigné ?</li><li>- Avez-vous des connaissances à ce sujet ?</li><li>- Pensez-vous qu'avoir davantage de connaissances permettrait une meilleure prise en soin ?</li><li>- Pourquoi avez-vous choisi de travailler dans ce service ?</li><li>- Donnez-moi 3 mots pour qualifier selon-vous une personne transgenre.</li></ul>

1            Annexe 3 : Entretien n°1 (Paris)

2    ESI : Pour commencer pouvez-vous vous présentez brièvement.

3    IDE : Je suis A, j'ai 34 ans, je suis infirmière depuis 13 ans dans ce même service, je n'ai pas  
4    bougé depuis que je suis diplômée et je suis référente douleur.

5    ESI : Racontez-moi une prise en charge d'une personne transgenre.

6    IDE : Le cas le plus marquant que j'ai eu c'est un patient qui était transgenre, c'était un  
7    monsieur qui voulait se faire opérer et les interventions ont été refusées, du coup il a présenté  
8    des difficultés à s'accepter et il m s'est injecté du White-spirit dans la poitrine pour avoir une  
9    forme de poitrine féminine et dans le pénis pour le faire tomber. Ça a été une prise en charge  
10    assez compliquée, il a fait un sepsis, des nécroses.

11    ESI : Comment la relation soignant-soigné est impactée du fait que ce soit une personne  
12    transgenre ?

13    IDE : On a eu une autre personne aussi c'est, à savoir que sur sa carte d'identité ça va être  
14    Monsieur et que quand on rentre dans la chambre il a une apparence de femme donc  
15    généralement soit on fait la gourde soit quand on est informé au préalable, pour essayer  
16    d'amorcer le contact je leur demande comment ils veulent que je les appelle madame ou  
17    monsieur, comme ça ils voient qu'il n'y a pas de problème et que ça ne pose pas de soucis,  
18    l'essentiel c'est de respecter sa volonté.

19    ESI : Du coup qu'elle est la particularité de la prise en soin ?

20    IDE : Moi j'estime qu'il n'y a pas forcément de particularité, il faut juste respecter la personne,  
21    c'est comme les homosexuels c'est propre à chacun, c'est ses convictions, c'est sa personnalité.  
22    Après c'est comment aborder le sujet, c'est sûr que si sur la carte d'identité il y a écrit monsieur  
23    et que j'arrive dans la chambre, on a tendance à l'appeler monsieur alors qu'il se présente  
24    comme une dame. C'est juste accepter qu'on soit différents, et respecter la volonté de la  
25    personne, moi ça ne change rien à ma prise en charge, juste le premier contact qui va être  
26    différent car il faut avoir beaucoup de tact puis bon après quand on fait une gourde on s'excuse,  
27    on rigole et puis voilà.

28 ESI : Ils ne le prennent pas mal ?

29 IDE : Ça dépendra comment est la relation avec la personne, si après on est froid, on est dans  
30 le jugement, je pense que s'il le prendra mal mais si on est plutôt ouvert à la discussion et qu'il  
31 voit qu'en soi nous ça ne change rien, après le monsieur qui s'injectait du white-spirit c'était  
32 très compliqué. Il n'acceptait pas du tout du tout du tout son corps, même pour les soins c'était  
33 compliqué on ne pouvait pas regarder son corps, on ne pouvait pas le toucher sauf qu'on avait  
34 des obligations de soins, donc ça dépend où il est même lui dans son cheminement.

35 ESI : Ils avaient quel âge les patients environ ?

36 IDE : Le monsieur qui s'auto-mutile il avait la trentaine et l'autre entre 40/50ans.

37 ESI : C'est plus compliqué quand ils sont plus âgés ?

38 IDE : Je ne serais pas dire, ce n'est pas l'âge qui a comptait sur ces personnes-là. La deuxième  
39 personne c'est quelqu'un qui avait vraiment cheminé, qui acceptait son sexe d'homme mais qui  
40 avait l'apparence d'une femme, elle n'était pas dans la destruction, elle acceptait son corps alors  
41 que l'autre personne il se revendiquait femme, il voulait une poitrine mais pouvait pas se faire  
42 opérer et voulait faire tomber ce pénis, il était en souffrance, il souffrait.

43 ESI : Avant de les prendre en charge vous avez des connaissances à ce sujet ?

44 IDE : Non pas du tout, à l'école on n'avait même pas abordé ce sujet-là.

45 ESI : Vous pensez qu'en avoir aurait permis une meilleure prise en soin ?

46 IDE : L'aborder c'est bien, on ne peut pas non plus avoir des cours pendant 1 mois mais aborder  
47 le sujet, la complexité que ça peut avoir et l'attitude qu'on doit adopter face à ses personnes là  
48 comme quand on a des cours sur les personnes en fin de vie, c'est un contexte assez particulier  
49 et qu'on ne côtoie pas tous les jours. Il y a le problème de la nudité, on est assez invasif quand  
50 même, on fait des soin intimes, donc l'aborder c'est bien je pense. Tout le monde n'a pas des  
51 connaissances, savoir si c'est hormonal, psychologique, par rapport à la sexualité propre, moi  
52 c'est parce que j'avais discuté avec la personne que je savais que j'ai eu un abord de sujet dessus  
53 et aussi dans mes amis proches et dans mes relations proches mais sinon ce n'est pas quelque

54 chose sur lequel on ne va pas pencher dessus. Mais c'est très compliqué de comprendre, de  
55 savoir quels mots utiliser sans être blessant, ce n'est pas évident.

56 ESI : C'est vrai. Pouvez-vous me donner 3 mots pour qualifier selon vous une personne  
57 transgenre.

58 IDE : Alors ... Unique, Fragile et Complexe.

59 ESI : Pouvez-vous m'expliquer pourquoi vous avez choisis ses mots.

60 IDE : Unique car ce sont des personnes qui vont avoir un certain corps et qui vont avoir des  
61 sentiments différents, qui sont encore plus uniques, car ils sont dans une enveloppe corporelle  
62 avec une autre perception, une autre mentalité donc ils sont vraiment très uniques.

63 Fragile parce que c'est un cheminement psychologique je pense long, dans la société actuelle  
64 c'est très compliqué, se faire accepter de son environnement, de sa famille, de ses proches, dans  
65 le travail, ça doit être très compliqué. Puis même de savoir qu'est-ce qu'on veut réellement, le  
66 cheminement personnel, où est-ce qu'on veut aller, se faire opérer ou pas, ça doit être vraiment  
67 très compliqué et c'est des personnes fragiles je pense.

68 Complexe, c'est s'accepter, savoir si on veut se faire opérer ou pas opérer, si c'est juste un  
69 problème d'identité sexuelle ou corporelle, c'est complexe.

70 ESI : Avez-vous autre chose à me dire ?

71 IDE : Moi ils m'ont beaucoup appris, beaucoup apportés, après c'est sur tout dans la vie de tous  
72 les jours. Après il ne faut pas tomber ... mais c'est la société actuelle, on est beaucoup dans le  
73 jugement, c'est très compliqué d'avoir la bonne attitude, il faut rester naturel et puis les traiter  
74 comme des êtres humains avant tout, puis respecter leurs choix, et leurs besoins. Ce qui est  
75 difficile c'est quand ils sont en souffrance et perdus, mais il faut être naturel, moi des fois je  
76 n'ai pas de gêne à dire « voilà je ne sais pas comment vous aborder », on est des êtres humains  
77 donc si nous on est en difficultés on leur dit et je pense que ça peut aider.

78 ESI : Ils le prennent bien, ils sont ouverts ?

79 IDE : Le Mr qui s'est injecté je lui ai dit « je ne sais pas comment vous appeler, ni madame ni  
80 monsieur, parce que enfaite vous vous détruisez autant que ce soit homme femme et je ne sais  
81 si vous vous rendez compte de la souffrance que vous provoquez », il était tellement perdu donc

82 lui ça a été un conflit avec tout le monde, il ne voulait pas se dénuder, il avait honte, alors que  
83 l'autre personne était très abordable, il avait fait son cheminement donc il n'y avait pas de  
84 difficultés plus que ça. Avec l'autre même le médecin avait beaucoup de mal, on a dû le faire  
85 hospitaliser en psychiatrie, il était vraiment perdu mais ça reste des êtres humains quoi qu'il  
86 arrive.

87 Après c'est un sujet compliqué et très intéressant, c'est très bien. C'est encore un sujet tabou et  
88 qui gêne les gens. Moi je n'ai pas de gêne à appeler quelqu'un madame alors qu'il a un corps  
89 de monsieur ou vice versa, faut avoir l'esprit ouvert. Faut s'adapter à lui ce n'est pas à lui de  
90 s'adapter à nous.

1           Annexe 4 : Entretien n°2 (Tokyo)

2   ESI : Pouvez-vous vous présenter brièvement.

3   IDE : Je m'appelle L, j'ai 30 ans et je travaille dans ce service depuis 4 ans.

4   ESI : Pouvez-vous me raconter une prise en charge d'une personne transgenre ?

5   IDE : Alors, le patient avait une cinquantaine d'année, son histoire de vie était toujours un peu  
6 difficile. Il ne venait pas pour ça il venait pour un pneumothorax, donc rien à voir avec son  
7 changement de genre. Il était né homme et c'est vraiment sur le tard par contre parce que ses  
8 parents refusaient de le croire. On voyait les stigmates de ses traitements hormonaux, il avait  
9 des enfants et avait décidé de tout lâcher vers 40 ans et de changer de genre et devenir femme.  
10 Donc nous on arrive 10 ans plus tard, il était bien au niveau des traitements. Nous quand on l'a  
11 pris en charge il ne s'était pas encore fait opérer, on l'appeler « elle » mais pour la posologie  
12 des médicaments c'était comme un homme. Nous on le traitait comme ça. La carte d'identité  
13 était changée mais nous physiologiquement on le traitait comme un homme. Parce qu'il avait  
14 encore la carrure mais si beaucoup moins, il m'avait montré les photos, beaucoup moins  
15 qu'avant grâce aux traitements mais comme c'était tardif ce n'était pas un ado ou un enfant de  
16 10 ans qu'on a pris avant la puberté et où on a coupé tout ça. Là il avait déjà tous ses traits  
17 d'homme, donc on l'a traité comme un homme.

18   ESI : Est-ce que ça a impacté la relation soignant-soigné ?

19   IDE : C'est bizarre peut être au premier abord mais après on fait vite abstraction. Une fois qu'il  
20 nous a dit que c'était « elle » bah c'est « elle » et puis c'est tout. Mais après c'est vrai que dans  
21 mon souvenir je disais toujours c'est « Monsieur », parce que côté médicale c'était monsieur  
22 mais quand je m'adressais à elle c'était « elle ». Il faut faire attention mais non non franchement  
23 il était très gentil. Il était très suivi par un Dr au niveau de ses traitements hormonaux qui sont  
24 énormes.

25   ESI : Avant de le prendre en charge vous avez des connaissances au sujet des personnes  
26 transgenres ?

27   IDE : Dans mes études on n'en a jamais parlé, après je suis assez ouverte du coup j'ai regardé  
28 des reportages, je connais des personnes qui sont transgenres dans mon entourage mais sinon  
29 non dans les études on n'en parle jamais, comment s'exprimer, comment prendre en charge ...

30 ESI : Ça aurait permis une meilleure prise en charge vous pensez ?

31 IDE : Peut-être moins de difficultés, même les médecins étaient désorganisés, comment on le  
32 traite, heureusement qu'il y avait son médecin référent qui nous a très vite aiguillé mais c'est  
33 vrai qu'on était un peu : « Ah mince qu'est-ce qu'on fait, comment on le traite », parce qu'il  
34 avait des hormones femelles mais encore aussi beaucoup d'hormones mâles, tant qu'il ne se  
35 faisait pas opérer.

36 On n'a pas eu le cas, mais je pense qu'on aurait un patient opéré on l'aurait plus traité comme  
37 le sexe qu'il voulait avoir, parce qu'il aurait presque plus eu ses hormones mâles ou femelles,  
38 c'est encore différent.

39 Mais il n'y en a pas tant que ça des personnes transgenres, je pense que c'est une population  
40 plus jeune, ici la moyenne d'âge c'est 70 ans, on a peu de jeunes.

41 ESI : C'est plus simple aussi de le faire plus jeune.

42 IDE : Oui, même à 40 ans après avoir eu des enfants et tout c'était courageux de sa part. C'était  
43 très compliqué d'ailleurs avec ses enfants. Il était suivi psychologiquement aussi, parce que  
44 l'entourage ne suivait pas. Il a refait sa vie entre temps, mais je ne suis pas sûre que ses enfants  
45 lui parent encore.

46 ESI : Pouvez-vous me donner trois mots pour qualifier une personne transgenre selon vous.

47 IDE : 3 mots, ça fait réfléchir, alors courageux, authentique et je les trouve assez joviales. Ils  
48 voient le bon côté de la vie, même s'ils ne sont pas forcément dans le bon corps, donc oui assez  
49 joviale quand ils réussissent à faire leur changement de sexe sinon avant je pense que ça ne va  
50 pas mais moi je connais après ils sont contents de la vie, comment elle leur a apporté.

51 Et ils ne se cachent pas, ils n'en ont plus rien à faire, ils disent les choses comme elles sont. On  
52 en entend parler dans les médias donc c'est entrain... pas de se normaliser mais petit à petit. Ça  
53 dépend aussi le cercle de chaque personne, s'ils sont entourés que de macho, ils ne seront pas  
54 d'accord avec les transgenres mais aussi les lesbiens, lesbiennes, les homosexuels ... Ils font la  
55 similitude.

56 Bah voilà c'était tout !

## Annexe 5 : Entretien n°3 (Nairobi)

ESI : Pour commencer je vais vous demandez de vous présenter brièvement.

IDE : Beh écoutez, je suis infirmière depuis 30 ans et je travaille en chirurgie plastique et réparatrice. J'insiste sur réparatrice parce que on entend souvent que c'est de la chirurgie pour l'amélioration du physique mais c'est surtout des gens en souffrance. Pour moi ce n'est pas de l'esthétique. Il y a souvent des préjugés vis-à-vis des autres services parce que on dit qu'on n'est pas une chirurgie indispensable d'ailleurs on est fermé depuis décembre. Dans cet état de covid actuel ce n'est pas une chirurgie indispensable selon heu et voilà. C'est passionnant comme spécialité ce n'est pas que de l'esthétique, souvent les gens ont des a priori sur l'esthétique « Ouai les gens font ça pour le plaisir, ils ont de l'argent » tout ça mais non en fait il y a une souffrance physique et mentale.

ESI : Pouvez-vous me raconter une prise en charge d'une personne transgenre ?

IDE : Oula j'en ai tous les jours, après transgenre transgenre vous voulez dire M to F ? F to M ? La prise en charge est différente.

ESI : Je ne sais pas ce que ça signifie.

IDE : Vous ne savez pas ce que ça signifie ? Bah un homme qui se transforme en femme c'est M to F et une femme qui se transforme en homme c'est F to M. La prise en charge est quelque fois différente.

ESI : Moi ma situation c'est un homme qui se transforme en femme mais ce serait intéressant que vous me parlez des deux.

IDE : Oui les deux sont importants. Il est vrai que c'est plus perturbant pour nous, heu un homme qui se transforme en femme parce que le physique déjà. Un homme peut faire 1m80, peser un certain poids, on aura du mal à l'appeler madame (rire). On a souvent ce genre de problème en fait. Parce qu'après il y a aussi le problème du changement d'identité, on a un patient qui se présente sous un nom et en fait ce n'est pas ... Parce qu'ils n'ont pas fait leur changement d'identité, donc on a un patient qui s'appelle par exemple Fabien alors que c'est une femme, mais administrativement pour nous c'est un homme mais en fait nous de notre côté faudra qu'on l'appelle « madame », il ne faut pas qu'on fasse d'erreur. Et là les erreurs sont souvent faciles, mais ce qui n'est pas le cas avec de l'autre côté, quand une femme se transforme en homme, il

30 y a moins de confusion. Après ils prennent des hormones donc la transition pour nous est plus  
31 facile physiquement quand c'est une femme qui se transforme en homme. Par contre c'est plus  
32 difficile pour nous quand on a affaire à un homme qui se transforme en femme le résultat n'est  
33 pas probant. Donc il y a des confusions, des erreurs, on appelle « monsieur » alors que c'est  
34 une dame, et des fois c'est compliqué ça peut entraîner des conflits avec cette personne. Ce  
35 n'est pas innée alors. Alors qu'une femme qui se transforme en homme, avec les hormones, les  
36 résultats sont effrayants, on fait souvent des chirurgies et voilà.

37 ESI : D'accord et comment ça peut impacter la relation soignant-soigné.

38 IDE : En général ça se passe bien, enfin il peut y avoir des conflits oui, ça dépend de l'âge aussi,  
39 à quel âge est faite cette transformation. Parce qu'on a de plus en plus affaire des jeunes qui ont  
40 20-24 ans, et ce n'est pas la même approche que les gens qui font la transformation à un âge  
41 plus tardif dans la vie à 50-60 ans.

42 ESI : Qu'est-ce qui change dans la prise en charge.

43 IDE : Ces gens se sentent peut-être plus agressés quand on fait une erreur dans Monsieur  
44 Madame. A un âge tardif c'est difficile à gérer parce que les résultats chirurgicaux sont moins  
45 visibles.

46 ESI : Pourquoi avez-vous choisis de travailler dans ce service ?

47 IDE : Je n'ai pas choisi, c'est par hasard. Ça fait 7 ans que j'y suis et j'aime toujours.

48 ESI : Et qu'elle est la particularité dans la prise en soin.

49 IDE : La prise en charge au niveau soin, au niveau psychologique on n'a pas de psychologue  
50 dans le service, après c'est des gens qui font partie d'un suivi, ils sont pris en charge  
51 psychologiquement et ont vu toute une équipe médicale avant la transformation. On ne vient  
52 pas comme ça décider « on veut changer de sexe », ça ne vient pas tout de suite comme ça, ils  
53 font partie d'une équipe pluridisciplinaire et ont des entretiens pour valider cette chirurgie qui  
54 est prise en charge à 100%. Ici au niveau des opérations on en fait beaucoup pour les femmes  
55 qui deviennent homme, on fait des chirurgies de féminisation du visage, ils enlèvent la pomme  
56 d'Adam, réduisent au niveau du front, des paupières, il y a une grosse chirurgie de la face qui  
57 est importante. On ne fait pas les vaginoplasties c'est sur l'hôpital sud. Nous on fait des

58 phalloplastie. C'est important pour certain, mais pas tous ne vont jusqu'à cette chirurgie. C'est  
59 une chirurgie lourde.

60 ESI : Est-ce que quand vous êtes arrivée dans ce service vous avez des connaissances au sujet  
61 des personnes transgenres.

62 IDE : Pas du tout, pas du tout non.

63 ESI : Et à ce moment-là, pensez-vous qu'avoir des connaissances aurait permis une meilleure  
64 prise en soin ?

65 IDE : Non parce que la prise en soin et les connaissances on l'a avec l'équipe, on est que 6  
66 infirmières, 6 AS et un bon chirurgien, et la connaissance on l'a avec l'expérience, sur le tat.  
67 S'il y a une nouvelle infirmière je suis bienveillante, je vais tout lui expliquer et la transmission  
68 se fait comme ça. Après il y a des gens qui ne veulent pas du tout travailler avec les transgenres  
69 par conviction je ne sais pas les quelles, parce que ça choque aussi un petit peu en fait, c'est  
70 choquant, peut-être d'un point de vue religieux ou autre.

71 ESI : Et pensez-vous que pour ses personnes, avoir davantage de connaissances permettrait  
72 d'éviter la stigmatisation, parce qu'elles sont quand même stigmatisées les personnes  
73 transgenres ?

74 IDE : Oui elles sont stigmatisées, après on en parle de plus en plus aussi, avant on en parlait  
75 pas du tout. Moi je sais que y'a 7 ans quand je suis arrivée on entendait pas du tout parler des  
76 transgenres. Mais de plus en plus il y a une ouverture d'esprit via les réseaux sociaux, la télé,  
77 on parle de plus en plus des transgenres.

78 ESI : Est-ce que vous pouvez me donner 3 mots pour qualifier selon-vous une personne  
79 transgenre.

80 IDE : Souffrance, souffrance psychologique. J'ai un patient qui m'a dit « j'ai cru devenir fou »,  
81 maintenant la transposition est plus facile parce que c'est reconnu par la société, mais il y a  
82 quelques années ce n'était pas cru tout reconnu et un patient m'avait dit un jour « heureusement  
83 que j'ai été pris en charge par cette équipe parce que sinon je me croyais fou, j'aurais pu  
84 terminer dans un hôpital psychiatrique ».

85 Exubération aussi, est-ce que je peux dire ça (rire), après ils sont un petit peu exubérant. Et  
86 isolement, et un truc important la solitude parce qu'ils ont été rejetés par leur famille, et dans

87 les cas de transposition d'homme à femme j'ai trouvé que les gens étaient très seuls, il y a un  
88 rejet de leur famille. Et qui n'est pas le cas tout le temps dans l'autre cas. J'ai vu plus de présence  
89 familiale quand une femme se transforme en homme. Et c'est surtout les mères qui sont  
90 présentent, c'est très rare les pères présents dans ces cas-là. Mais c'est souvent des gens seuls,  
91 isolés, et leur seul contact c'est les réseaux sociaux et les gens comme eux enfaite. C'est des  
92 gens en souffrance oui.

93 Qu'est-ce que je pourrais vous dire d'autre, notre service est fermé donc on se retrouve dans un  
94 autre service et tout le personnel n'accepte pas, ne le comprend pas. Après il y a la sexualité  
95 aussi mais on n'en parle pas, ce n'est pas notre ressort, ça ne nous importe pas finalement, est  
96 ce qu'il est attiré par un homme, après si on commence à se poser des questions là-dessus on  
97 en a plus fini enfaite.

98 Moi je trouve en tant qu'infirmier qu'il faut prendre la personne telle qu'elle est et pas essayer  
99 de chercher plus, parce que des fois on a des confusions. Un jour j'ai fait l'erreur de dire  
100 monsieur à un femme transgenre et il y avait sa femme à côté, elle m'a réprimandé, mais comme  
101 physiquement c'était... dans le mouvement des fois on ne fait pas attention. C'était une  
102 personne de 40-50 ans et ça s'était mal passé. Pour elle ce n'était pas acceptable de l'appeler  
103 monsieur alors qu'il avait fait son changement d'identité. Moi j'ai fait l'erreur sans... moi je  
104 n'ai pas de préjugés enfaite, peu importe, il ne faut pas avoir de préjugé enfaite, c'est un patient  
105 comme un autre mais c'est vrai que des fois au quotidien ce n'est pas facile.

106 ESI : Donc finalement ça a plus posé problème à l'accompagnant qu'au patient ?

107 IDE : Oui parce que les patients je pense qu'ils ont l'habitude enfaite de ce genre de confusion.  
108 J'ai eu un souci avec un autre patient, à chaque fois je disais « monsieur », ce n'était pas  
109 possible, je n'y arrivais pas, et c'était une femme. Il avait 50 ans.

110 ESI : Et avec les jeunes ça se passe comment du coup.

111 IDE : Avec les jeunes comme ils prennent des hormones la transition est plus facile.

112 ESI : Pourquoi à 60 ans ils ne peuvent pas prendre des hormones ?

113 IDE : S'ils en ont pris mais si vous avez été un homme toute votre vie, vous faite 1m80, 90kg,  
114 vous faites du 45 (souffle), vous n'aurez jamais l'air d'une femme vous voyez. En plus à  
115 l'hôpital ils ne sont pas habillés ils sont en chemise d'hôpital, donc ce n'est pas toujours facile.

116 Mais on est un service bienveillant, on a de la bienveillance par rapport à ces personnes mais  
117 des fois il y a un petit couac ça arrive.

118 Aussi on ne met pas deux transgenres dans la même chambre, parce qu'elles se comparent entre  
119 elles ou entre eux. C'est mieux une chambre seule. Ils sont très pudiques aussi en général au  
120 niveau des appareil génitaux. Il faut chercher l'information par la discussion.

121 Ce n'est quand même pas évidant, beaucoup de gens n'acceptent pas, même dans le personnel  
122 médical, après il faut être un peu sensibiliser à tout ça et il faut faire attention à ces personnes  
123 mais ce n'est pas inné, il faut faire un effort sur soi. Il faut réfléchir avant d'entrer, quel va être  
124 mon comportement. Il faut une petite connaissance pour s'occuper du transgenre mais ça  
125 s'apprend. Soit on est contre pour des raison éthiques, religieuse, tout ça mais pour moi c'est  
126 un patient comme un autre.

127 ESI : C'est aussi dû aux préjugés de la société.

128 IDE : Oui. Ou alors ce n'est pas prioritaire par rapport à quelqu'un qui a un cancer ou une  
129 maladie plus lourde, c'est ces préjugés-là enfaite. On a un patient qui prend une place en digestif  
130 pour faire une transformation de transgenre, à côté il y a un patient qui a un cancer, est-ce que  
131 on le prend on ne le prend pas, c'est ce genre de discours qui choque un petit peu certains  
132 infirmiers et AS.

133 Après j'ai des difficultés au quotidien avec ces patient, je les accepte mais pas tout le monde  
134 est prêt à les accepter.

135 ESI : D'accord, merci beaucoup en tout cas.

136 IDE : Aller Victoria bon courage pour cette fin de parcours.

1 Annexe 6 : Entretien n°4 (Denver)

2 ESI : Pouvez-vous vous présenter brièvement.

3 IDE : Alors, je suis diplômée infirmière depuis 98, ça fait depuis 7 ans que je travaille en  
4 chirurgie réparatrice, depuis 2005 je travaille à mi-temps.

5 ESI : C'est vous qui avez choisi de travailler dans ce service ?

6 IDE : Oui, c'est moi qui ai choisi, parce que quand je travaillais en orthopédie, le week-end le  
7 service de chirurgie réparatrice fermait et du coup on récupérait les patients le week-end et  
8 l'équipe médicale était super sympa donc quand ils ont eu besoin de personnel dans leur service  
9 j'ai postulé et j'ai été prise.

10 ESI : D'accord, pouvez-vous me raconter une prise en charge d'un patient transgenre.

11 IDE : Bah enfaite ce que j'ai remarqué dans notre service c'est qu'on a plutôt des femmes qui  
12 deviennent homme, l'inverse c'est pour des féminisations et ils restent moins longtemps à peu  
13 près 3-4 jours, alors que les femmes qui deviennent homme reste au moins 2 semaines. On a  
14 plus le temps de se connaître, de parler. Après moi j'aime bien quand ils arrivent voir où ils en  
15 sont dans leur parcours, puis y'en a qui demandent qu'on les appelle par leur prénom, y'en a  
16 qui n'ont pas forcément cette demande. Il y en a qui sont tout seul qui sont pas du tout  
17 accompagné qui sont abandonnés par leur famille, j'adapte ma prise en charge en fonction de  
18 s'ils sont soutenus ou pas par leur famille ou leurs amis, parce qu'il y en a qui sont vraiment  
19 vraiment isolés et qui arrivent vraiment tout seuls. Si c'est moi qui les a leur entrée je leur  
20 explique leur chirurgie, leur intervention, à quoi s'attendre quand ils vont remonter du bloc.  
21 Mais finalement ils sont assez renseignés parce qu'ils sont quasiment tous sur les réseaux  
22 sociaux, ils savent déjà ce qui les attend, c'est eux qui ont choisi leur chirurgien.

23 ESI : Et qu'elle est la particularité de leur prise en charge ?

24 IDE : J'ai des retours de personnels qui n'ont pas l'habitude de travailler dans notre service, qui  
25 trouvent qu'ils sont plus difficiles, plus demandeurs, moi c'est pas du tout mon ressenti. Après  
26 je trouve qu'ils ont besoin d'être souvent rassurés sur leur image après l'intervention et ils  
27 demandent « est-ce vous trouvez que ça me va bien », si c'est une femme « est-ce que je  
28 ressemble à une fille, je fais plus femme ? ». Souvent quand il remonte du bloc et qu'ils sont

29 bien réveillés, je leur propose de les prendre en photo, pour qu'ils se rendent compte si ça  
30 correspond à ce qu'ils attendaient, malgré le bleu et le gonflement, ils sont contents.

31 ESI : Est-ce que le fait que ce soit une personne transgenre la prise en soin est impactée ?

32 IDE : Non, pas pour moi.

33 ESI : Avez-vous des connaissances au sujet des transgenres en arrivant dans ce service ?

34 IDE : Le chirurgien nous a fait un cours au tout début, on a eu des formations peu de temps  
35 après que je sois arrivée, avec tous les chirurgiens de France qui donne des cours sur les  
36 opérations, des médecins, il y avait aussi des associations de transgenres. Ils expliquaient  
37 comment ils étaient quelque fois mal pris en charge par l'équipe qui était heu pas violent dans  
38 leurs propos mais qui étaient dans le rejet. Les associations interviennent pour montrer leur  
39 parcours qui est difficile aussi. Moi je n'ai jamais eu de préjugés vis-à-vis des personnes  
40 transgenres.

41 ESI : Pouvez-vous me donner 3 mots pour qualifier selon-vous une personne transgenre.

42 IDE : Euh là tout de suite ... Beh je dirais ml dans sa peau heu... combat, heu... souffrance.

43 ESI : Est-ce que la relation soignant-soigné varie en fonction de s'il s'agit d'une personne  
44 transgenre ou non ?

45 IDE : C'est une attente différente, les patients transgenres ont besoins d'être rassurés sur le  
46 physique qu'ils veulent acquérir, alors que les patients lambdas sont moins dans cette attente-  
47 là. L'aspect psychologique est plus apportant pour les patients transgenres, il faut peut-être un  
48 peu plus prendre le temps, être à leur écoute.

49 ESI : Pensez-vous qu'avoir eu toute ses connaissances a permis une meilleure prise en soin et  
50 ainsi éviter la stigmatisation.

51 IDE : Nous on a la chance d'avoir un chirurgien proche de l'équipe paramédicale et même de  
52 ses patients, et qui du coup nous a un peu montré la voie en nous montrant qu'il fallait les  
53 prendre en charge comme n'importe quel autre patient, rester simple et ne pas se poser 50 milles  
54 questions, c'est des patients comme les autres quoi.

55 ESI : d'accord merci, vous-avez autre chose à me dire ?

56 IDE : Beh, dans le service de ..., tout le personnel qui y travail a choisi ce service et a postulé  
57 donc ça change la prise en charge. Parfois on a le personnel du pool, c'est des gens qui viennent  
58 ponctuellement et il y en a qui ont clairement fait comprendre qu'ils ne voulaient pas prendre  
59 en charge ce type de pathologie. Je pense que c'est une grande chance que jusqu'à présent, tout  
60 ceux qui travaillent dans ce service qui ne sont pas du pool, ai choisi, on est tous bienveillant  
61 vis-à-vis des patients, ce n'est pas forcément le cas dans les autres services. Par exemple  
62 pendant le covid notre service a été fermé de nombreuses fois donc nos patients se retrouvaient  
63 dans d'autres services et certains, la majorité, nous ont fait remonter qu'ils n'avaient pas été  
64 très bien pris en charge, que le personnel ignorait leur douleur, ils avaient vraiment eu  
65 l'impression d'être stigmatisé, c'est vraiment grave pour le coup. Donc c'est une grande chance  
66 que le personnel du service habituel a une grande ouverture d'esprit. Les personnes qui  
67 stigmatisent sont des gens qui ne connaissent pas.

68 ESI : D'accord, pour moi c'est bon si pour vous aussi...

69 IDE : Oui c'est bon aussi.

70 ESI : Merci à vous en tout cas de m'avoir accordé de votre temps.

71 IDE : Ok bonne journée au revoir.

1           Annexe 7 : Entretien n°5 (Berlin)

2   ESI : Pour commencer, pouvez-vous vous présenter brièvement ?

3   IDE : Donc moi c'est M, je suis infirmier en service de chirurgie plastique et réparatrice depuis  
4   4 ans et demi et voilà.

5   ESI : D'accord, c'est vous qui avez choisi de travailler dans ce service ?

6   IDE : Oui

7   ESI : Pourquoi ?

8   IDE : Heu parce que c'est celui qu'on m'a proposé et qu'il ne me semblait pas trop mal.

9   ESI : Pouvez-vous me raconter une prise en charge d'une personne transgenre.

10   IDE : Heu, on a les deux types de transgenre, les hommes qui deviennent femme et les femmes  
11   qui deviennent homme, il me semble que vous présentez les hommes qui deviennent des  
12   femmes, donc on va parler plutôt de cela.

13   Du coup, le dernier que j'ai eu c'était un homme qui devient une femme qui a fait une chirurgie  
14   de féminisation du visage, il était jeune, environ 25 ans, elle avait déjà fait les prothèses  
15   mammaires, mais avait encore son sexe masculin. C'était une chirurgie de courte durée, on la  
16   reçue en retour de bloc avec les pansements autour de visage, le visage gonflé et des difficultés  
17   à parler. La prise en charge s'est faite plutôt facilement. Après il y a toujours quelques  
18   précautions à avoir avec ce genre de ... ce genre de personne notamment l'emploi du genre  
19   qui peut être assez délicat et souvent qui fait peur aux gens qui ne sont pas du service. Après ça  
20   reste une prise en charge assez chirurgicale donc on reste concentré surtout sur ce qui est  
21   pansements, paramètres vitaux. Après nous ils ne restent pas longtemps dans le service, 1 ou 2  
22   jours.

23   ESI : D'accord, comment le fait que ce soit une personne transgenre impact la prise en soin et  
24   la relation soignant-soigné ?

25   IDE : En soit pour moi ça ne change pas grand-chose, ça reste (rire) un patient lambda qui fait  
26   sa chirurgie et qu'on prend en charge comme n'importe quel autre patient. Après bien sûr

27 comme je disais il y a l'emploi du genre qui est un peu délicat ou l'exemple tout bête, la  
28 personne demande à faire pipi, on ne sait pas si on lui donne un urinal ou un bassin, on n'est  
29 pas forcément au courant des chirurgies qu'ils ont fait avant, on ne sait pas ce qu'ils ont encore  
30 un peu partout. Mais bon après, au niveau psychologique ça dépend de chaque personne, il y  
31 en a qui ont un peu plus de troubles et d'autres pas du tout, donc qui seront tout ce qu'il y a de  
32 plus normal. Donc prise en charge qui ne charge pas pour moi.

33 ESI : Vous avez des connaissances à ce sujet en arrivant dans le service ?

34 IDE : Non aucune.

35 ESI : Pensez-vous qu'avoir davantage de connaissances aurait permis une meilleure prise en  
36 soin ?

37 IDE : Heu oui oui notamment des connaissances sur le parcours du transgenre qui est assez  
38 compliqué que je ne connaissais pas à l'époque. Maintenant qu'on sait un peu toutes les étapes  
39 qu'ils doivent faire ça améliore un petit peu la prise en soin.

40 ESI : Ok, pouvez-vous me donner trois mots pour qualifier selon vous une personne transgenre.

41 IDE : (très long moment de réflexion) heu ... dépression, (encore très longtemps) mal-être, et  
42 attendez je cherche un mot joyeux ... (encore très longtemps) et besoin de changement.

43 ESI : D'accord merci. Voulez-vous rajoutez autre chose ?

44 IDE : Non, rien de particulier, beh bon courage avec votre thème.

## Annexe 8 : Tableau d'analyse des entretiens

	Paris	Tokyo	Nairobi	Denver	Berlin
Transgenre : Histoire (H) Identité (I) Société (S)	<p>H : « Tout le monde n'a pas des connaissances, savoir si c'est hormonal, psychologique, par rapport à la sexualité propre » (1.47.48)</p> <p>I : « un patient qui était transgenre, c'était un monsieur qui voulait se faire opérer et les interventions ont été refusées, du coup il a présenté des difficultés à s'accepter » (1.6 à 8)</p> <p>« sa carte d'identité ça va être Monsieur et que quand on rentre dans la chambre il a une apparence de femme » (1.12.13)</p> <p>« c'est comme les homosexuels c'est</p>	<p>H : « Dans mes études on n'en a jamais parlé, après je suis assez ouverte du coup j'ai regardé des reportages, je connais des personnes qui sont transgenres dans mon entourage mais sinon non dans les études on n'en parle jamais, comment s'exprimer, comment prendre en charge ... » (1.27 à 29)</p> <p>I : « Il était né homme et c'est vraiment sur le tard par contre parce que ses parents refusaient de le croire » (1.7)</p> <p>« Nous quand on l'a pris en charge il ne s'était pas encore fait opérer, on l'appeler « elle » mais pour la posologie des médicaments c'était</p>	<p>H : « la prise en soin et les connaissances on l'a avec l'équipe, on est que 6 infirmières, 6 AS et un bon chirurgien, et la connaissance on l'a avec l'expérience, sur le tat. S'il y a une nouvelle infirmière je suis bienveillante, je vais tout lui expliquer et la transmission se fait comme ça » (1.65 à 68)</p> <p>« Il faut une petite connaissance pour s'occuper du transgenre mais ça s'apprend. » (1.124)</p> <p>I : « il y a aussi le problème du changement d'identité, on a un patient qui se présente sous un nom et en fait ce n'est pas ... Parce qu'ils n'ont pas fait leur changement d'identité,</p>	<p>H : « Le chirurgien nous a fait un cours au tout début, on a eu des formations peu de temps après que je sois arrivée, avec tous les chirurgiens de France qui donne des cours sur les opérations, des médecins, il y avait aussi des associations de transgenres » (1.34 à 36)</p> <p>I : « Après moi j'aime bien quand ils arrivent voir où ils en sont dans leur parcours, puis y'en a qui demandent qu'on les appelle par leur prénom, y'en a qui n'ont pas forcément cette demande. » (1.14 à 16)</p>	<p>H : « Heu oui oui notamment des connaissances sur le parcours du transgenre qui est assez compliqué que je ne connaissais pas à l'époque. » (1.37.38)</p> <p>I : « on a les deux types de transgenre, les hommes qui deviennent femme et les femmes qui deviennent homme ». (1.10.11)</p> <p>« le dernier que j'ai eu c'était un homme qui devient une femme qui a fait une chirurgie de féminisation du visage, il était jeune,</p>

	<b>Paris</b>	<b>Tokyo</b>	<b>Nairobi</b>	<b>Denver</b>	<b>Berlin</b>
	<p>propre à chacun, c'est ses convictions, c'est sa personnalité. » (1.19)</p> <p>« si sur la carte d'identité il y a écrit monsieur et que j'arrive dans la chambre, on a tendance à l'appeler monsieur alors qu'il se présente comme une dame. (1.20.21)</p> <p>« personne c'est quelqu'un qui avait vraiment cheminé, qui acceptait son sexe d'homme mais qui avait l'apparence d'une femme, elle n'était pas dans la destruction, elle acceptait son corps alors que l'autre personne il se revendiquait femme » (1.36 à 38)</p>	<p>comme un homme. Nous on le traitait comme ça. La carte d'identité était changée mais nous physiologiquement on le traitait comme un homme. Parce qu'il avait encore la carrure mais si beaucoup moins, il m'avait montré les photos, beaucoup moins qu'avant grâce aux traitements maos comme c'était tardif ce n'était pas un ado ou un enfant de 10 ans qu'on a pris avant la puberté et où on a coupé tout ça. Là il avait déjà tous ses traits d'homme, donc on l'a traité comme un homme. » (1.10 à 17)</p>	<p>donc on a un patient qui s'appel par exemple fabien alors que c'est une femme, mais administrativement pour nous c'est un homme mais enfaite nous de notre côté faudra qu'on l'appelle « madame » » (1.24 à 28)</p> <p>« On ne fait pas les vaginoplastie c'est sur l'hôpital sud. Nous on fait des phalloplastie. C'est important pour certain, mais pas tous ne vont jusqu'à cette chirurgie. C'est une chirurgie lourde. » (1.57 à 59)</p> <p>« C'était une personne de 40-50 ans et ça s'était mal passé. Pour elle ce n'était pas acceptable de l'appeler monsieur alors qu'il avait fait son changement d'identité. » (1.101 à 103)</p>	<p>« Mais finalement ils sont assez renseignés parce qu'ils sont quasiment tous sur les réseaux sociaux, ils savent déjà ce qui les attend, c'est eux qui ont choisi leur chirurgien. » (1.21.22)</p> <p>« parcours qui est difficile aussi » (1.39)</p>	<p>environ 25 ans, elle avait déjà fait les prothèses mammaires, mais avait encore son sexe masculin. » (113 à 15)</p> <p>S : « l'emploi du genre qui peut être assez délicat et souvent qui fait peur aux gens qui ne sont pas du service.</p>

	<b>Paris</b>	<b>Tokyo</b>	<b>Nairobi</b>	<b>Denver</b>	<b>Berlin</b>
	<p>S : « la société actuelle c'est très compliqué, se faire accepter de son environnement, de sa famille, de ses proches, dans le travail, ça doit être très compliqué » (1.59 à 61)</p> <p>« Complexe, c'est s'accepter, savoir si on veut se faire opérer ou pas opérer, si c'est juste un problème d'identité sexuelle ou corporelle, c'est complexe. » (1.64.65)</p>		<p>S : après on en parle de plus en plus aussi, avant on en parlait pas du tout. Moi je sais que y'a 7 ans quand je suis arrivée on entendait pas du tout parler des transgenres. Mais de plus en plus il y a une ouverture d'esprit via les réseaux sociaux, la télé, on parle de plus en plus des transgenres. » (1.74 à 77)</p>		
<p>Stigmatisation Maladie psychiatrique Préjugés</p>	<p>« la société actuelle c'est très compliqué, se faire accepter de son environnement, de sa famille, de ses proches, dans le travail, ça doit être très compliqué » (1.59 à 61)</p>	<p>« ses parents refusaient de le croire » (1.8)</p> <p>« C'est bizarre peut être au premier abord mais après on fait vite abstraction. » (1.19)</p> <p>« même les médecins étaient désorganisés, comment on le traite,</p>	<p>« Pour moi ce n'est pas de l'esthétique. Il y a souvent des préjugés vis-à-vis des autres services parce que on dit qu'on n'est pas une chirurgie indispensable d'ailleurs on est fermé depuis décembre. Dans cet état de covid actuel ce n'est</p>	<p>« J'ai des retours de personnels qui n'ont pas l'habitude de travailler dans notre service, qui trouvent qu'ils sont plus difficiles, plus demandeurs, moi c'est</p>	<p>« Après il y a toujours quelques précautions à avoir avec ce genre de ... ce genre de personne notamment l'emploi du genre qui peut être assez délicat et souvent qui fait peur</p>

	<b>Paris</b>	<b>Tokyo</b>	<b>Nairobi</b>	<b>Denver</b>	<b>Berlin</b>
	<p>« on est beaucoup dans le jugement » (1.68)</p> <p>« alors que l'autre personne était très abordable » (1.79)</p> <p>« l'autre même le médecin avait beaucoup de mal, on a dû le faire hospitaliser en psychiatrie, il était vraiment perdu mais ça reste des êtres humains quoi qu'il arrive. » (1.80.81)</p> <p>« un sujet tabou et qui gêne les gens. » (1.83.83)</p>	<p>heureusement qu'il y avait son médecin référent qui nous a très vite aiguillé mais c'est vrai qu'on était un peu : « Ah mince qu'est-ce qu'on fait, comment on le traite », parce qu'il avait des hormones femelles mais encore aussi beaucoup d'hormones mâles, tant qu'il ne se faisait pas opérer. On n'a pas eu le cas, mais je pense qu'on aurait un patient opéré on l'aurait plus traité comme le sexe qu'il voulait avoir, parce qu'il aurait presque plus eu ses hormones mâles ou femelles, c'est encore différent. » (1.31 à 38)</p> <p>« Il était suivi psychologiquement aussi, parce que l'entourage ne suivait pas. » (1.43-44)</p>	<p>pas une chirurgie indispensable selon heu et voilà » (1.5 à 8)</p> <p>« souvent les gens ont des aprioris sur l'esthétique » (1.9)</p> <p>« après transgenre transgenre vous voulez dire M to F ? F to M ? » (1.13)</p> <p>« Vous ne savez pas ce que ça signifie ? Bah un homme qui se transforme en femme c'est M to F et une femme qui se transforme en homme c'est F to M. » (1.16-17)</p> <p>« Il est vrai que c'est plus perturbant pour nous, heu un homme qui se transforme en femme parce que le physique déjà. Un homme peut faire 1m80, peser un certain poids, on aura du mal à l'appeler madame (rire). On a</p>	<p>pas du tout mon ressenti. » (1.24-25)</p> <p>« ils étaient quelque fois mal pris en charge par l'équipe qui était heu pas violent dans leurs propos mais qui étaient dans le rejet. » (1.37-38)</p> <p>« les patients lambdas » (1.46)</p> <p>« L'aspect psychologique est plus apportant pour les patients transgenres, il faut peut-être un peu plus prendre le temps, être à leur écoute. » (1.47-48)</p> <p>« Parfois on a le personnel du pool, c'est des gens qui viennent ponctuellement et il y en a qui ont clairement fait comprendre qu'ils</p>	<p>aux gens qui ne sont pas du service. Après ça reste une prise en charge assez chirurgicale donc on reste concentré surtout sur ce qui est pansements, paramètres vitaux. » (1.18 à 21)</p> <p>« En soit pour moi ça ne change pas grand-chose, ça reste (rire) un patient lambda qui fait sa chirurgie et qu'on prend en charge comme n'importe quel autre patient. » (1.25.26)</p> <p>« Mais bon après, au niveau psychologique ça dépend de chaque personne, il y en a qui ont un peu plus de troubles et d'autres</p>

	<b>Paris</b>	<b>Tokyo</b>	<b>Nairobi</b>	<b>Denver</b>	<b>Berlin</b>
		<p>« Et ils ne se cachent pas, ils n'en ont plus rien à faire, ils disent les choses comme elles sont. On en entend parler dans les médias donc c'est entrain... pas de se normaliser mais petit à petit. Ça dépend aussi le cercle de chaque personne, s'ils sont entourés que de macho, ils ne seront pas d'accord avec les transgenres mais aussi les lesbiens, lesbiennes, les homosexuels ... Ils font la similitude. » (1.51 à 55)</p>	<p>souvent ce genre de problème enfaite. » (121 à 23)</p> <p>« il ne faut pas qu'on fasse d'erreur. Et là les erreurs sont souvent faciles, mais ce qui n'est pas le cas avec de l'autre côté, quand une femme se transforme en homme, il y a moins de confusion. » (1.28 à 30)</p> <p>« la transition pour nous est plus facile physiquement quand c'est une femme qui se transforme en homme. Par contre c'est plus difficile pour nous quand on a affaire à un homme qui se transforme ne femme le résultat n'est pas probant. Donc il y a des confusions, des erreurs, on appelle « monsieur » alors que c'est une dame, et des fois c'est compliqué ça</p>	<p>ne voulaient pas prendre en charge ce type de pathologie. » (1.57 à 59)</p> <p>« ce n'est pas forcément le cas dans les autres services. Par exemple pendant le covid notre service a été fermé de nombreuses fois donc nos patients se retrouvaient dans d'autres services et certains, la majorité, nous ont fait remonter qu'ils n'avaient pas été très bien pris en charge, que le personnel ignorait leur douleur, ils avaient vraiment eu l'impression d'être stigmatisé, c'est vraiment grave pour le coup » (61 à 65)</p>	<p>pas du tout, donc qui seront tout ce qu'il y a de plus normal. Donc prise en charge qui ne charge pas pour moi. » (1.30 à 32)</p> <p>« On ne sait pas ce qu'ils ont encore un peu partout. » (1.29.30)</p>

	Paris	Tokyo	Nairobi	Denver	Berlin
			<p>peut entrainer des conflits avec cette personne. Ce n'est pas innée alors. » (1.30 à 35)</p> <p>« Ces gens se sentent peut-être plus agressé quand on fait une erreur dans Monsieur Madame. A un âge tardif c'est difficile à gérer parce que les résultats chirurgicaux sont moins visibles. » (1.43 à 45)</p> <p>« La prise en charge au niveau soin, au niveau psychologique on n'a pas de psychologue dans le service, après c'est des gens qui font partie d'un suivi, ils sont pris en charge psychologiquement et ont vu toute une équipe médicale avant la transformation. On ne vient pas comme ça décider « on veut changer de sexe », ça</p>	<p>« Les personnes qui stigmatisent sont des gens qui ne connaissent pas. » (1.66-67)</p>	

	Paris	Tokyo	Nairobi	Denver	Berlin
			<p>ne vient pas tout de suite comme ça, ils font partie d'une équipe pluridisciplinaire et ont des entretiens pour valider cette chirurgie qui est prise en charge à 100%. » (1.49 à 54)</p> <p>« Après il y a des gens qui ne veulent pas du tout travailler avec les transgenres par conviction je ne sais pas les quelles, parce que ça choque aussi un petit peu en fait, c'est choquant, peut-être d'un point de vu religieux ou autre. » (1.68 à 70)</p> <p>« elles sont stigmatisées » (1.74)</p> <p>« Souffrance, souffrance psychologique. J'ai un patient qui m'a dit « j'ai cru devenir fou », maintenant la transposition est plus facile</p>		

	Paris	Tokyo	Nairobi	Denver	Berlin
			<p>parce que c'est reconnu par la société, mais il y a quelques années ce n'était pas cru tout reconnu et un patient m'avait dit un jour « heureusement que j'ai été pris en charge par cette équipe parce que sinon je me croyais fou, j'aurais pu terminer dans un hôpital psychiatrique ». » (1.80 à 84)</p> <p>« Exubération aussi, est-ce que je peux dire ça (rire) » (1.74)</p> <p>« Qu'est-ce que je pourrais vous dire d'autre, notre service est fermé donc on se retrouve dans un autre service et tout le personnel n'accepte pas, ne le comprend pas. » (1.93-94)</p> <p>« des fois on a des confusions » (1.99)</p>		

	<b>Paris</b>	<b>Tokyo</b>	<b>Nairobi</b>	<b>Denver</b>	<b>Berlin</b>
			<p>« Un jour j'ai fait l'erreur de dire monsieur à un femme transgenre et il y avait sa femme à côté, elle m'a réprimandé, mais comme physiquement c'était... dans le mouvement des fois on ne fait pas attention. » (l.99 à 101)</p> <p>« Moi j'ai fait l'erreur sans... moi je n'ai pas de préjugés enfaite, peu importe, il ne faut pas avoir de préjugé enfaite, c'est un patient comme un autre mais c'est vrai que des fois au quotidien ce n'est pas facile. » (l.103 à 105)</p> <p>« J'ai eu un souci avec un autre patient, à chaque fois je disais « monsieur », ce n'était pas possible, je n'y arrivais pas, et c'était une</p>		

	Paris	Tokyo	Nairobi	Denver	Berlin
			<p>femme. Il avait 50 ans » (1.108-109)</p> <p>« Avec les jeunes comme ils prennent des hormones la transition est plus facile. » (1.111)</p> <p>« S'ils en ont pris mais si vous avez été un homme toute votre vie, vous faite 1m80, 90kg, vous faites du 45 (souffle), vous n'aurez jamais l'air d'une femme vous voyez. En plus à l'hôpital ils ne sont pas habillés ils sont en chemise d'hôpital, donc ce n'est pas toujours facile.</p> <p>Mais on est un service bienveillant, on a de la bienveillance par rapport à ces personnes mais des fois il y a un petit couac ça arrive » (1.113 à 117)</p> <p>« Aussi on ne met pas deux transgenres dans la même</p>		

	<b>Paris</b>	<b>Tokyo</b>	<b>Nairobi</b>	<b>Denver</b>	<b>Berlin</b>
			<p>chambre, parce qu'elles se comparent entre elles ou entre eux. C'est mieux une chambre seule. Ils sont très pudiques aussi en général au niveau des appareil génitaux. » (l.118 à 120)</p> <p>« Ce n'est quand même pas évidant, beaucoup de gens n'acceptent pas, même dans le personnel médical, après il faut être un peu sensibiliser à tout ça et il faut faire attention à ces personnes mais ce n'est pas inné, il faut faire un effort sur soi. Il faut réfléchir avant d'entrer, quel va être mon comportement. » (l.121 à 124)</p> <p>« Soit on est contre pour des raison éthiques, religieuse, tout ça mais pour moi c'est un patient comme un autre. » (125-126)</p>		

	Paris	Tokyo	Nairobi	Denver	Berlin
			<p>« Oui. Ou alors ce n'est pas prioritaire par rapport à quelqu'un qui a un cancer ou une maladie plus lourde, c'est ces préjugés-là enfaite. On a un patient qui prend une place en digestif pour faire une transformation de transgenre, à côté il y a un patient qui a un cancer, est-ce que on le prend on ne le prend pas, c'est ce genre de discours qui choque un petit peu certains infirmiers et AS.</p> <p>Après j'ai des difficultés au quotidien avec ces patient, je les accepte mais pas tout le monde est prêt à les accepter. » (l.128 à 134)</p>		
<p>Relation soignant-soigné :</p> <p>Confiance</p> <p>Rencontre</p> <p>- Dignité</p>	<p>Confiance : « Moi ils m'ont beaucoup appris, beaucoup apportés, après c'est surtout dans la vie de tous les</p>	<p>« même à 40 ans après avoir eu des enfants et tout c'était courageux de sa part. » (l.42)</p>	<p>« Après il y a la sexualité aussi mais on n'en parle pas, ce n'est pas notre ressort, ça ne nous importe pas finalement, est ce qu'il</p>	<p>« alors que les femmes qui deviennent homme reste au moins 2 semaines. On a plus le</p>	<p>« La prise en charge s'est faite plutôt facilement. » (l.17)</p> <p>« Maintenant qu'on sait un peu toutes les</p>

	<b>Paris</b>	<b>Tokyo</b>	<b>Nairobi</b>	<b>Denver</b>	<b>Berlin</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ethique</li> <li>- Empathie</li> <li>- Communication</li> </ul>	<p>jours. » (1.67.68) « Ce qui est difficile c'est quand ils sont en souffrance et perdus, mais il faut être naturel, moi des fois je n'ai pas de gêne à dire « voilà je ne sais pas comment vous aborder », on est des êtres humains donc si nous on est en difficultés on leur dit et je pense que ça peut aider » (1.70 à 73)</p> <p>« Ça dépendra comment est la relation avec la personne, si après on est froid, on est dans le jugement, je pense que s'il le prendra mal mais si on est plutôt ouvert à la discussion et qu'il voit qu'en soi nous ça ne change rien, après le monsieur qui s'injectais</p>	<p>« Courageux, authentique et je les trouve assez joviales. Ils voient le bon côté de la vie, même s'ils ne sont pas forcément dans le bon corps » (1.47-48)</p>	<p>est attiré par un homme, après si on commence à se poser des questions là-dessus on en a plus fini enfaite. » (1.94 à 97)</p> <p>« Moi je trouve en tant qu'infirmier qu'il faut prendre la personne telle qu'elle est et pas essayer de chercher plus » (1.98-99)</p> <p>« Il faut chercher l'information par la discussion » (1.120)</p>	<p>temps de se connaître, de parler » (1.13.14)</p> <p>« Après moi j'aime bien quand ils arrivent voir où ils en sont dans leur parcours, puis y'en a qui demandent qu'on les appelle par leur prénom, y'en a qui n'ont pas forcément cette demande. » (1.14 à 16)</p> <p>Confiance : « j'adapte ma prise en charge en fonction de s'ils sont soutenus ou pas par leur famille ou leurs amis, parce qu'il y en a qui sont vraiment vraiment isolés et qui arrivent vraiment tout seuls » (117 à 19)</p> <p>« je trouve qu'ils ont besoin d'être souvent rassurés sur leur image</p>	<p>étapes qu'ils doivent faire ça améliore un petit peu la prise en soin » (1.38.39)</p>

	<b>Paris</b>	<b>Tokyo</b>	<b>Nairobi</b>	<b>Denver</b>	<b>Berlin</b>
	<p>du white-spirit c'était très compliqué. Il n'acceptait pas du tout du tout du tout son corps, même pour les soins c'était compliqué. » (1.26 à 29)</p> <p>« pour essayer d'amorcer le contact je leur demande comment ils veulent que je les appelle madame ou monsieur, comme ça ils voient qu'il n'y a pas de problème et que ça ne pose pas de soucis, l'essentiel c'est de respecter sa volonté » (1.14 à 16)</p> <p>« Moi j'estime qu'il n'y a pas forcément de particularité, il faut juste respecter la personne » (1.18)</p>			<p>après l'intervention » (1.26)</p> <p>« Souvent quand il remonte du bloc et qu'ils sont bien réveillés, je leur propose de les prendre en photo, pour qu'ils se rendent compte si ça correspond à ce qu'ils attendaient, malgré le bleu et le gonflement, ils sont contents. » (1.28 à 30)</p> <p>« ont besoin d'être rassurés sur le physique qu'ils veulent acquérir » (1.45-46)</p> <p>« il faut peut-être un peu plus prendre le temps, être à leur écoute. » (1.47-48)</p> <p>« Nous on a la chance d'avoir un chirurgien proche de l'équipe</p>	

	<b>Paris</b>	<b>Tokyo</b>	<b>Nairobi</b>	<b>Denver</b>	<b>Berlin</b>
	<p>« C'est juste accepter qu'on soit différents, et respecter la volonté de la personne, moi ça ne change rien à ma prise en charge, juste le premier contact qui va être différent car il faut avoir beaucoup de tact » (1.22.23)</p> <p>« il voulait une poitrine mais pouvait pas se faire opérer et voulait faire tomber ce pénis, il était en souffrance, il souffrait » (1.38.39)</p> <p>« la complexité que ça peut avoir et l'attitude qu'on doit adopter face à ses personnes là comme quand on a des cours sur les personnes en fin de vie, c'est un contexte assez particulier et qu'on ne</p>			<p>paramédicale et même de ses patients, et qui du coup nous a un peu montré la voie en nous montrant qu'il fallait les prendre en charge comme n'importe quel autre patient, rester simple et ne pas se poser 50 milles questions, c'est des patients comme les autres quoi. » (1.51 à 54)</p> <p>« on est tous bienveillant vis-à-vis des patients » (1.60-61)</p> <p>« le personnel du service habituel a une grande ouverture d'esprit » (1.66)</p>	

	<b>Paris</b>	<b>Tokyo</b>	<b>Nairobi</b>	<b>Denver</b>	<b>Berlin</b>
	<p>côteie pas tous les jours. Il y a le problème de la nudité, on est assez invasif quand même, on fait des soin intimes » (1.44 à 47)</p> <p>« moi c'est parce que j'avais discuté avec la personne que je savais que j'ai eu un abord de sujet dessus et aussi dans mes amis proches et dans mes relations proches mais sinon ce n'est pas quelque chose sur lequel on ne va pas pencher dessus. Mais c'est très compliqué de comprendre, de savoir quels mots utiliser sans être blessant, ce n'est pas évident. » (1.48 à 52)</p> <p>Empathie : « Unique car ce sont des</p>				

	<b>Paris</b>	<b>Tokyo</b>	<b>Nairobi</b>	<b>Denver</b>	<b>Berlin</b>
	<p>personnes qui vont avoir un certain corps et qui vont avoir des sentiments différents, qui sont encore plus uniques, car ils sont dans une enveloppe corporelle avec une autre perception, une autre mentalité donc ils sont vraiment très uniques.</p> <p>Fragile parce que c'est un cheminement psychologique je pense long, dans la société actuelle c'est très compliqué, se faire accepter de son environnement, de sa famille, de ses proches, dans le travail, ça doit être très compliqué.</p> <p>Puis même de savoir qu'est-ce qu'on veut</p>				

	<b>Paris</b>	<b>Tokyo</b>	<b>Nairobi</b>	<b>Denver</b>	<b>Berlin</b>
	<p>réellement, le cheminement personnel, où est-ce qu'on veut aller, se faire opérer ou pas, ça doit être vraiment très compliqué et c'est des personnes fragiles je pense.</p> <p>Complexe, c'est s'accepter, savoir si on veut se faire opérer ou pas opérer, si c'est juste un problème d'identité sexuelle ou corporelle, c'est complexe. » (1.56 à 65)</p> <p>« c'est très compliqué d'avoir la bonne attitude, il faut rester naturel et puis les traiter comme des êtres humains avant tout, puis respecter leurs</p>				

	<b>Paris</b>	<b>Tokyo</b>	<b>Nairobi</b>	<b>Denver</b>	<b>Berlin</b>
	<p>choix, et leurs besoins. » (1.69.70)</p> <p>« je ne sais pas comment vous appeler, ni madame ni monsieur, parce qu'enfaite vous vous détruisez autant que ce soit homme femme et je ne sais si vous vous rendez compte de la souffrance que vous provoquez, »</p> <p>il était tellement perdu donc lui ça a été un conflit avec tout le monde, il ne voulait pas se dénuder, il avait honte, » (1.75 à 78)</p> <p>« Moi je n'ai pas de gêne a appeler quelqu'un madame alors qu'il a un corps de monsieur ou vice versa, faut avoir l'esprit</p>				

	<b>Paris</b>	<b>Tokyo</b>	<b>Nairobi</b>	<b>Denver</b>	<b>Berlin</b>
	ouvert. Faut s'adapter à lui ce n'est pas à lui de s'adapter à nous. » (1.83.84)				
Autre Souffrance, solitude, abandon	« il m s'est injecté du White-spirit dans la poitrine pour avoir une forme de poitrine féminine et dans le pénis pour le faire tomber. Ça a été une prise en charge assez compliquée, il a fait un sepsis, des nécroses. » (1.8 à 10) « soit on fait la gourde » (1.13.14) « Il n'acceptait pas du tout du tout du tout son corps, même pour les soins c'était compliqué on ne pouvait pas regarder son corps, on ne pouvait pas le toucher sauf qu'on avait	« C'était très compliqué d'ailleurs avec ses enfants » (1.43) « je ne suis pas sûre que ses enfants lui parent encore. » (1.44-45)	« J'insiste sur réparatrice parce que on entend souvent que c'est de la chirurgie pour l'amélioration du physique mais c'est surtout des gens en souffrance. » (1.4-5) « en fait il y a une souffrance physique et mentale. » (1.10-11) « Et isolement, et un truc important la solitude parce qu'ils ont été rejetés par leur famille, et dans les cas de transposition d'homme à femme j'ai trouvé que les gens étaient très seuls, il y a un rejet de leur famille. Et qui n'est pas le cas tout le temps dans l'autre cas. J'ai vu plus de présence	« Il y en a qui sont tout seul qui sont pas du tout accompagné qui sont abandonnés par leur famille » (1.16.17) « il y en a qui sont vraiment vraiment isolés et qui arrivent vraiment tout seuls. » (1.18.19) « combat [...] souffrance » (1.42)	« Après bien sûr comme je disais il y a l'emploi du genre qui est un peu délicat ou l'exemple tout bête, la personne demande à faire pipi, on ne sait pas si on lui donne un urinal ou un bassin, on n'est pas forcément au courant des chirurgies qu'ils ont fait avant, on ne sait pas ce qu'ils ont encore un peu partout. » (1.26 à 30) « (très long moment de réflexion) heu ... dépression, (encore très longtemps) mal-être, et attendez je

	<b>Paris</b>	<b>Tokyo</b>	<b>Nairobi</b>	<b>Denver</b>	<b>Berlin</b>
	<p>des obligations de soins, donc ça dépend où il est même lui dans son cheminement. » (1.29 à 31)</p> <p>« il voulait une poitrine mais pouvait pas se faire opérer et voulait faire tomber ce pénis, il était en souffrance, il souffrait » (1.38.39)</p> <p>« souffrance et perdus » (1.71)</p>		<p>familiale quand une femme se transforme en homme. Et c'est surtout les mères qui sont présentes, c'est très rare les pères présents dans ces cas-là. Mais c'est souvent des gens seuls, isolés, et leur seul contact c'est les réseaux sociaux et les gens comme eux en fait. C'est des gens en souffrance oui. » (1.86 à 92)</p>		<p>cherche un mot joyeux ... (encore très longtemps) et besoin de changement. » (1.41.42)</p>

## Annexe 9 : Autorisation de diffusion du travail de fin d'étude



### AUTORISATION DE DIFFUSION DU TRAVAIL DE FIN D'ÉTUDES

Annexe de la procédure relative à la conservation et à la diffusion des TFE.

Ne peut être diffusé qu'un travail de fin d'études ayant obtenu une note supérieure ou égale à 15/20 à l'écrit, sous réserve d'être sélectionné par l'équipe pédagogique.

Remarque : aucun étudiant ne peut s'opposer à la conservation (archivage) par l'E.R.F.P.P. de son travail de fin d'études en version papier (5 ou 10 ans) et en version numérique (illimitée).

**Je soussignée** (Prénom, NOM) : Victoria PASCUAL

Promotion : 2019-2022

**Autorise**, sans limitation de temps, l'IFSI - E.R.F.P.P. G.I.P.E.S d'Avignon et du Pays de Vaucluse

à **diffuser** le travail de fin d'étude que j'ai effectué en tant qu'étudiant en soins infirmiers :

Elle en Il, Il en Elle ...

**En version papier** (au centre de documentation de l'E.R.F.P.P.)

oui

non

**En version numérique** - PDF (sur le catalogue en ligne du centre de documentation)

oui

non

Je soussigné(e), déclare avoir été informé(e) des conditions d'intégration, de diffusion et de conservation de mon travail de fin d'études par l'E.R.F.P.P. G.I.P.E.S. d'Avignon et du pays de Vaucluse et les accepter sans limite de temps. Ces conditions sont précisées dans la procédure relative à la conservation et à la diffusion des TFE consultable en annexe du cahier des charges du travail de fin d'étude.

Avignon, le 01/05/2022 ..... Signature :

## *Résumé*

### Elle en Il, Il en Elle ...

Ce travail de fin d'étude découle d'une réflexion autour des personnes transgenres. Cette réflexion a fait émerger le questionnement suivant : « En quoi la stigmatisation d'une personne transgenre impacte la relation soignant-soigné ? ». La stigmatisation peut être présente dans le soin. L'inhabituel peut ainsi rendre la relation soignant/soigné compliquée. Mes lectures s'articulent autour de la transgenralité, de la stigmatisation et de la relation soignant/soigné. Je suis allée à la rencontre d'infirmiers ayant pris en soin des personnes transgenres afin d'obtenir un avis professionnel grâce à une méthode qualitative lors d'entretiens semi-directifs que j'ai menés en face-à-face à l'hôpital général, et au téléphone en hôpital spécialisé. Après analyse, j'ai comparé mon cadre de référence à la réalité du terrain, je me suis rendu compte que la stigmatisation était présente, et, paradoxalement, dans une plus grande proportion au sein des services spécialisés. Néanmoins, malgré la stigmatisation et les préjugés, les soignants peuvent se montrer bienveillants et soutenant. Les enfants eux aussi sont concernés par la transgenralité. En pédiatrie, j'en ai rencontré plusieurs souhaitant changer de genre. Ce besoin s'exprime aujourd'hui de plus en plus tôt. La société évolue, il devient essentiel de s'intéresser à ce sujet afin de mieux accompagner les personnes concernées.

Mots clés : transgenre – identité – stigmatisation – psychologie - relation soignant/soigné  
Nombre de mots : 203

## *Abstract*

### She in he, he in she ...

This end of course assignment comes from a thought around transgender people. This consideration led to the following questioning: "How does the stigmatization of a transgender person impact the relationship between the carer and the patient?". Stigmatization may be present in care. The unusual can thus make the relationship between the carer and the patient complicated. My readings are about transgenrality, stigmatization and the relationship between the carer and the patient. I met nurses who had taken care of transgender people in order to get professional advice through a qualitative method during semi-directive interviews that I conducted face-to-face at the general hospital, and by phone in a specialized hospital. After analysis, I compared my framework to the reality on the ground. I realized that stigmatization was present, and, paradoxically, in a greater proportion within the specialized services. Nevertheless, despite stigmatization and prejudice, caregivers can be caring and supportive. Children are also affected by transgenrality. In pediatrics, I met several children who wanted to change their gender. This need is expressed today earlier and earlier. Society is evolving, it becomes essential to be interested in this subject in order to support better the concerned people.

Keywords: transgender – identity – stigmatization – psychology - relationship between the carer and the patient  
Number of words: 194

