

UNIVERSITE DE LAUSANNE
FACULTE DES SCIENCES SOCIALES
ET POLITIQUES INSTITUT DE PSYCHOLOGIE
SESSION DE ÉTÉ 2023

**COMMENT LES THÉRAPEUTES TRAITENT ET INTÈGRENT LEURS VÉCUS FACE AUX
INÉGALITÉS DONT FONT L'OBJET LEURS PATIENT·E·X·S TRANS* ?**

Mémoire/recherche de : Master de psychologie clinique

Présenté par Fanny Tang et Philippe Wieland

Directeur : M. Manuel Tettamanti

Expert :Mme Adèle Zufferey

Mémoire de Master

« Comment les thérapeutes traitent et intègrent leurs
vécus face aux inégalités dont font l'objet leurs
patient·e·s trans* ? »

Fanny Tang
Philippe Wieland

Sous la direction de M. Manuel Tettamanti (PhD, maître d'enseignement et de recherche)



Université de Lausanne

Faculté des sciences sociales et politiques

Maitrise universitaire ès Sciences psychologiques : Option Psychologie Clinique

Table des matières

PRÉAMBULE	V
1. INTRODUCTION	1
2. ÉTAT DE LA LITTÉRATURE	2
3. CONTEXTE THÉORIQUE DE NOTRE RECHERCHE	6
3.1. QU'ENTENDRE PAR TRANS*	6
3.2. LES INÉGALITÉS SOCIALES ET TRANSIDENTITAIRES	7
3.3. LE MODÈLE DU STRESS DES MINORITÉS DE GENRE	10
3.4. L'APPROCHE TRANS-AFFIRMATIVE	11
4. MÉTHODE	12
4.1. FOCUS GROUP ET ENTRETIEN SEMI-STRUCTURÉ	12
4.2. MISE EN PRATIQUE DU FOCUS GROUP ET DE L'ENTRETIEN SEMI-STRUCTURÉ	13
4.1.1. PARTICIPANT·E·X·S	13
4.1.2. RECRUTEMENT DES PARTICIPANT·E·X·S	14
4.1.3. ORGANISATION	15
4.1.4. MATÉRIEL	15
4.1.5. DÉROULEMENT	15
4.1.6. GRILLE D'ENTRETIEN	16
4.1.7. FORMULAIRE DE CONSENTEMENT	16
4.1.8. QUESTIONNAIRE COUNSELING SYNCHRONICITY	16
4.2. TRANSCRIPTION ET CODAGE DES DONNÉES	17
4.3. ANALYSE DES DONNÉES	17
4.4. RÉFLEXIVITÉ	18
4.4.1. PARTIE RÉFLEXIVE DE PHILIPPE WIELAND	18
4.4.2. PARTIE RÉFLEXIVE DE FANNY TANG	19
4.5. CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES	21
5. RÉSULTATS	21
5.1. LES RESENTIS DES THÉRAPEUTES	22
5.2. LES DÉTERMINANTS SOCIO-CONTEXTUELS	23
5.3. LES DISCRIMINATIONS	24
5.4. LES POSITIONS THÉRAPEUTIQUES	28
5.5. LA FAMILLE	32
5.6. LES BESOINS DES THÉRAPEUTES	33
6. DISCUSSION	34
6.1. DES THÉRAPEUTES CONFRONTÉS AUX INÉGALITÉS SOCIALES ET AUX DISCRIMINATIONS DE LEUR PATIENT·E·X·S	35

6.2.	LES FACTEURS SOCIO-CONTEXTUELS ET LEUR INFLUENCE SUR LA PRISE EN CHARGE	38
6.3.	LE CAS PARTICULIER DE LA FAMILLE ET L'APPROCHE SYSTÉMIQUE	41
6.4.	DES RESENTIS MODULÉS PAR LA POSITION THÉRAPEUTIQUE	43
6.5.	LA FORMATION ET L'EXPÉRIENCE : DEUX PILIERS POUR UNE PRISE EN CHARGE ADAPTÉE	50
6.6.	DE L'IMPORTANCE DES SUPERVISIONS SPÉCIFIQUES ET DES RÉSEAUX DE SOUTIEN	54
6.7.	SYNTHÈSE	57
7.	<u>CONCLUSION</u>	59
8.	<u>REMERCIEMENTS</u>	61
9.	<u>BIBLIOGRAPHIE</u>	62
10.	<u>ANNEXES</u>	76
10.1.	LEXIQUE	76
10.2.	Liste détaillée des recommandations de l'approche trans-affirmative	77
10.3.	GRILLE D'ENTRETIEN	90
10.4.	NOTICES D'INFORMATION	91
10.5.	QUESTIONNAIRE ADAPTÉ DU « SYNCRONICITY COUNSELING »	93
10.6.	FORMULAIRES DE CONSENTEMENT (ANONYMISÉS)	95
10.7.	TABLEAUX D'ANALYSES	105
10.7.1.	FOCUS GROUP	105
10.7.2.	THÉRAPEUTE 7	113
10.7.3.	THÉRAPEUTE 8	117
10.7.4.	THÉRAPEUTE 9	122
10.7.5.	THÉRAPEUTE 10	128
10.8.	RETRANSCRIPTION DES INTERVIEWS	133

PRÉAMBULE

Pour ce travail, nous avons naturellement opté pour une écriture la plus inclusive possible. Cela ne s'est pas fait sans discussion ni débat et nous avons dû opter pour quelques partis pris. Ainsi, hormis les moments où nous savions si la personne dont nous parlons est ou n'est pas trans*¹, nous avons opté pour une écriture qui généralise le point médian et l'ajout du « x » dans les accords des adjectifs genrés.

Concernant les différents pronoms utilisés par les protagonistes concerné·e·x·s, nous avons opté pour le pronom « iel » qui nous apparaissait être la forme la plus répandue de pronom personnel neutre et qui nous permettait de garder l'anonymat des personnes en utilisant le même pronom pour tous·x·tes.

Enfin, afin de faciliter la lecture de ce travail, nous avons construit un lexique dans lequel certains termes spécifiques à la thématique trans* sont explicités (annexe 10.1).

¹ L'astérisque permet d'englober les personnes trans* en considérant le large spectre dans lequel iels s'inscrivent. Une description plus détaillée se trouve au point 3.1.

1. INTRODUCTION

La société évolue progressivement vers davantage d'inclusivité et vers une plus grande conscientisation des inégalités. Ces changements ont conduit à des remaniements dans l'exercice des métiers (Thomazet & Merini, 2019) et, ici, nous allons nous intéresser au métier de psychothérapeute. À ce sujet, Alessandrini et Mendelson (2014), disent qu'« un psychologue clinicien n'est jamais complètement formé. Le savoir doit toujours être questionné » (p.793). En effet, le travail de psychologue est toujours mouvant, nécessite de faire des liens constants entre théorie et clinique, d'analyser ses propres mouvements internes et de questionner ses méthodes de travail (Alessandrini & Mendelson, 2014).

Ce travail s'inscrit dans un axe de recherche plus général étudiant la façon dont les thérapeutes de couples et de familles traitent et intègrent leurs résonances aux évolutions sociétales et l'impact sur leur pratique clinique. Dans ce cadre, nous avons souhaité nous pencher sur la question de la transidentité, pour laquelle nous pouvons observer des évolutions sociétales. Selon Alessandrin (2018), la transidentité commence à s'inscrire dans les agendas politiques, médiatiques et scientifiques et cette mise en lumière touche également la sphère psychothérapeutique. En effet, malgré ces évolutions, *les transidentités* représentent une réalité souvent méconnue qui n'est que rarement abordée dans les formations de base ou continue des psychologues et des soignants en général (Schweinschwaller & Votadoro, 2021). Or, les personnes trans* ont une longue histoire de psychiatrisation forcée (Sironi, 2011), se confrontent régulièrement à un déni de leur ressenti intime, à de la maltraitance, de la stigmatisation et à des discriminations juridiques, administratives et sociales (Alessandrin, 2018). Par conséquent, cette population est extrêmement vulnérable dans notre société cisnormée et il est paradoxal qu'elle soit finalement si peu explorée au sein du métier de psychothérapeute. C'est pourquoi nous avons choisi d'étudier le vécu des thérapeutes travaillant avec cette patientèle au travers de la question de recherche suivante :

« Comment les thérapeutes traitent et intègrent leurs vécus face aux inégalités dont font l'objet leurs patient·e·x·s trans* ? »

Au travers de cette question, nous souhaitons explorer la manière dont les thérapeutes prennent en compte et traitent les inégalités vécues par leurs patient·e·x·s trans* et quelles en sont les conséquences sur leur prise en charge.

Dans un premier temps, nous ferons un état de la littérature afin de situer notre questionnement au sein des différentes recherches menées jusque-là. Ensuite, nous procéderons à la description de quelques éléments de contexte puis nous détaillerons, dans la méthodologie, les raisons de notre choix de procéder à un focus group, à des entretiens individuels et à une analyse thématique. Nous décrirons, dans une partie réflexive, notre statut de chercheur·euse puis nous détaillerons les données que nous avons recueillies et les discuterons au regard de la théorie. Enfin, nous conclurons sur l'importance de former les thérapeutes à une prise en charge spécifique aux patient·e·x·s trans*, l'importance également de l'expérience et de celle d'une supervision spécifique pour un travail thérapeutique pertinent et respectueux.

2. ÉTAT DE LA LITTÉRATURE

Dans un premier temps, nous avons procédé à une recherche pour établir l'état de la littérature dans le champ systémique et le champ de la thérapie de couple et famille sur la question de la transidentité. Pour cela, nous avons exploré les bases de trois grands journaux anglophones (Family Process Journal, Journal of Feminist Family Therapy et Journal of Marital and Family Therapy) ainsi que celles de deux revues francophones (Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratique de réseaux et Thérapies familiales).

Blumer, Green, Knowles et William (2012) ont fait une revue systématique de la littérature dans le champ des thérapies traitant du mariage/couple et de la famille (M/CFT) de 1979 à 2009. Leur analyse indique qu'il n'y a que très peu d'articles au sujet de la transidentité. Ils n'en ont relevé que neuf, ce qui représente 0.5% du total des articles publiés. Ainsi, cinq articles traitaient de la thérapie avec des clients trans*/cliniciens (et/ou famille), deux abordaient des questions relatives à la famille d'origine, un sur l'identité trans* et un dernier de la catégorie « autre ».

Les raisons de ce manque d'attention pourraient être liées aux éléments suivants : (a) les membres de la profession, comme "tout le monde" dans la société, ont potentiellement des préjugés sexistes, cissexistes et hétérosexistes, ce qui les empêche de voir facilement les problèmes des personnes trans*, (b) le manque d'expertise et de connaissances pour pouvoir discuter adéquatement des problèmes des personnes trans*, (c) la crainte d'être perçu comme illégitime d'écrire sur les problèmes des personnes trans*, et (d) la peur sous-jacente d'être attaqué verbalement parce que l'on se concentre sur les problèmes des personnes trans* d'une manière qui peut être perçue comme ignorante (Blumer et al., 2012).

Une autre explication plausible selon cette méta-analyse serait que les chercheurs de la communauté M/CFT se tourneraient vers les revues spécialisées, les sources principales des informations sur les questions trans*, tels que l'International Journal of Transgenderism, le Journal of GLBT Family issues ou encore le Journal of LGBT Issues in Counseling pour acquérir des connaissances sur le sujet.

Plus récemment, Spengler, DeVore, Spengler et Lee (2020) ont mené une étude systématique dans laquelle ils font une revue systématique de la littérature traitant spécifiquement des thérapies de couple, afin d'évaluer le taux de recrutement des couples faisant partie d'une minorité sexuelle et/ou d'une minorité de genre. Les résultats de leur revue démontrent que si beaucoup d'aspects des thérapies de couple peuvent être appliqués à tous les types de couple, certains aspects peuvent ne pas être applicables aux couples de minorité sexuelle et de genre (e.g. les différences de genre dans les styles de communication) et leurs besoins spécifiques ne sont pas assez pris en compte dans les recherches existantes (e.g. le stress des minorités, l'hétérosexisme intériorisé, l'ambiguïté des rôles, le soutien social insuffisant).

Dans le même ordre d'idée, la thématique trans* est souvent englobée dans le terme générique de la communauté LGBTIQA+ (e.g. Tanner & Lyness, 2004 ; McDowell et al. 2014). Si plusieurs problématiques que rencontrent cette communauté minorisée se recoupent, il n'en reste pas moins que les personnes trans* font face à des situations spécifiques et l'utilisation de l'acronyme LGBT ou queer rend parfois difficile la compréhension des problématiques propres aux personnes trans* et apporte parfois une certaine confusion et plus d'invisibilité pour les personnes trans*.

Concernant les besoins spécifiques, une revue systématique des recherches qualitatives menées auprès des personnes trans* sur leurs expériences de thérapies psychologiques fait ressortir l'importance de pouvoir s'ajuster correctement aux patient·e·x·s trans*, la thématique du genre étant encore souvent soit ignorée, soit pathologisée ou alors surestimée et, hormis l'importance de l'alliance qui reste une variable de base importante, l'identité et l'approche du thérapeute sur les questions de genre sont des éléments centraux (Compton & Morgan, 2022).

Ainsi, de manière générale, la littérature qui aborde les difficultés rencontrées par les personnes trans* dans l'accès aux soins (e.g. Flynn 2019 ; Dalton et al, 2020 ; Benson 2013) souligne l'importance de la famille en tant que soutien, surtout lorsque la question de la transidentité se manifeste à un âge précoce (e.g. Strifler et al, 2022 ; Tsfati & Nadan, 2021) ou relève les besoins des personnes trans* dans le but d'indiquer des lignes directrices aux

thérapeutes travaillant avec des patient·e·x·s trans* (e.g. Medico, 2014 ; Boe et al., 2020 ; McGeorge et al., 2021 ; Shipman & Martin 2019).

Les études qui se rapprochent le plus de la nôtre et donc celles qui donnent la parole aux thérapeutes sont :

Ali (2014), qui s'intéresse aux vécus des thérapeutes travaillant avec des patient·e·x·s trans* et pratiquant une approche trans-affirmative². Il s'agit d'une recherche qualitative qui explore les expériences subjectives de trois thérapeutes travaillant avec des patient·e·x·s trans*. Le but de cette étude est de mettre en lumière comment les recommandations de l'approche trans-affirmative se mettent en place en pratique. Elle se focalise sur les expériences subjectives des thérapeutes qui peuvent influencer sur leur travail comme les questions relatives à leur exploration personnelle du genre, du sexe et de la sexualité, les valeurs ou les hypothèses associées à ces concepts. Elle aborde également des questions de formation, de développement personnel mais aussi de politique, de justice sociale et de défense des droits. Les résultats de cette recherche montrent (a) que les thérapeutes travaillent à partir des principes de l'approche trans-affirmative, recommandés par la littérature clinique; (b) qu'il est important, pour les thérapeutes, de déconstruire les pratiques hétéro-cis-normatives qui prédominent dans les milieux de la santé car celles-ci oppriment, entre autre, l'agentivité des patient·e·x·s trans*; (c) que cette déconstruction leur permet de prendre en compte leur propre statut et genre dans leur travail ainsi que de considérer la relation qu'ils ont avec leurs patient·e·x·s comme faisant partie d'un système beaucoup plus large. Dans cette étude, les trois thérapeutes reconnaissent et ont conscience des réalités vécues par les personnes trans*, sont engagé·e·x·s dans divers types d'initiative, de plaidoyer et reconnaissent que de nombreux problèmes qui limitent le vécu des personnes trans* proviennent de l'oppression systémique. Finalement, concernant l'importance d'une formation spécifique sur la thématique trans* dans les programmes de psychologie professionnelle, les avis divergent. Lae thérapeute ayant eu le moins d'expérience clinique avec des patient·e·x·s trans* considère qu'il est suffisant d'avoir quelques informations générales à ce sujet alors que les deux autres, davantage expérimenté·e·x·s, prônent la nécessité d'avoir des connaissances hautement spécialisées sur les questions liées aux expériences trans* et sur l'approche trans-affirmative.

Udell (2017) explore également les expériences des thérapeutes travaillant avec une patientèle trans*. Il s'agit d'une recherche qualitative menée sous forme d'entretiens semi-

² Définition à retrouver dans le contexte théorique de notre recherche, au point 3.4.

structurés, qui s'intéresse à l'expérience subjective de 8 thérapeutes travaillant avec des patient·e·x·s trans*. Cette étude a été conçue afin d'explorer les motivations et les formations des thérapeutes qui se spécialisent dans le travail clinique avec une patientèle trans*. Elle s'est intéressée spécifiquement aux thématiques concernant le contre-transfert, le rôle de gatekeeper (la personne qui décide de l'avenir de leurs patient·e·x·s concernant leurs transitions) et les défis de collaboration en équipe pluridisciplinaire. Les résultats indiquent que les participants (a) n'ont pas reçu de formation sur les questions relatives à la transidentité au cours de leurs études supérieures; (b) ont une aversion et une résistance au rôle de gatekeeper; (c) rencontrent des vécus et des difficultés communes en tant que thérapeutes travaillant avec une patientèle trans*, tels que la position de pouvoir, d'avoir des privilèges dans la relation thérapeutique ou encore une attitude parentale et protectrice. Les participants ont formulé d'importantes recommandations pour améliorer la formation et le soutien des prestataires de service de santé mentale travaillant avec des patient·e·x·s trans*. Ces recommandations comprennent le recours à des supervisions spécifiques concernant la transidentité, un accent sur les soins tenant en compte leurs traumatismes, l'importance de collaborer avec les patient·e·x·s concernant le rôle de gatekeeper en ayant une posture davantage de soutien que réellement décisionnelle et en laissant la patient·e·x·s s'auto-déterminer, ainsi qu'une offre de prestation plus élargie fournie aux personnes trans* racisé·e·x·s, pour une prise en charge plus intersectionnelle.

Shipman & Martin (2019), qui s'intéressent au vécu des thérapeutes trans*, à l'impact de leur identité de genre sur leur travail avec des patient·e·x·s trans* et cisgenres. Les auteurs démontrent que, pour des thérapeute·x·s trans*, travailler avec des patient·e·x·s trans* peut être une source de connexions et de sentiment de communauté mais que, paradoxalement, cela peut amener des difficultés supplémentaires (e.g. raviver des traumatismes en cas de similitudes dans leurs vécus).

PettyJohn et al. (2020) mettent en lumière l'intersectionnalité relationnelle ou comment les différences entre les identités du thérapeute et celles du client impactent l'alliance thérapeutique. Iels présentent un modèle pragmatique que les thérapeutes peuvent suivre pour mener des entretiens avec leurs patient·e·x·s d'une manière qui soit bénéfique sur le plan thérapeutique et qui tienne compte des spécificités culturelles. Cela demande au thérapeute une réflexion sur ses propres identités, la reconnaissance des dynamiques de pouvoir, d'oppression et de ses privilèges (de genre, de classe, etc) ainsi que de travailler avec la divulgation de soi (self-disclosure), une dimension délicate et à manipuler avec précaution en thérapie.

Néanmoins, ces quatre recherches restent des cas isolés et singuliers dans la littérature. Ainsi, pour contrer le manque de recherche sur la transidentité dans les revues M/CT, Blumer et al. (2012) recommandent d'encourager les rédacteur·ice·s de revues, les chercheur·euse·s et les clinicien·ne·s à prendre des mesures similaires à celles qui ont été recommandés précédemment par Clark et Serovich (1997) en ce qui concerne les questions LGB, à savoir: (a) se préoccuper des processus décisionnels personnels et des questions relatives à l'identité de la personne qui peuvent empêcher l'inclusion des questions transgenres dans les recherches ou les publications et (b) inviter activement les membres des communautés minoritaires d'orientation sexuelle et de genre à faire partie des comités de rédaction, des équipes de recherche et des équipes cliniques, ainsi que des études, afin que leurs points de vue soient intégrés.

C'est pourquoi nous avons choisi, au sein de notre étude, de donner la parole aux thérapeutes systémicien·ne·x·s travaillant avec des patient·e·x·s trans*, de leur donner une visibilité encore trop peu retrouvée dans la littérature comme le relèvent les revues systématiques du champ systémique de Spengler et al. (2020) et Blumer et al. (2012).

3. CONTEXTE THÉORIQUE DE NOTRE RECHERCHE

3.1. QU'ENTENDRE PAR TRANS*

La terminologie « trans* » peut regrouper un large spectre d'identités de genre. Dans le cadre de notre travail, nous suivons les recommandations de la WPATH, World Professional Association for Transgender Health (Coleman et al., 2022). Cette terminologie regroupe :

- Les hommes trans* (personne dont l'identité de genre ne correspond pas au sexe assigné à la naissance et qui s'identifie comme homme)
- Les femmes trans* (personne dont l'identité de genre ne correspond pas au sexe assigné à la naissance et qui s'identifie comme femme)
- Les personnes qui ne se définissent pas dans une structure binaire du genre comme les personnes non-binaires, agenes, genderfluid, queer, etc.

Lors de nos entretiens, nous avons proposé cette définition aux thérapeutes qui a été communément acceptée. Nous pouvons en déduire qu'ils la rencontrent au sein de leur pratique et que, dans leur discours, ils ont pris cette diversité en compte.

Cette diversité concerne tant l'expression du genre que le rapport au corps. En effet, si certaines personnes entament des transformations physiques pour mettre en adéquation leurs caractéristiques physiques avec leur identité de genre, cela n'est pas une règle générale pour tous·x·tes. Pour donner un ordre de grandeur, la Suisse compterait environ 40'000 personnes trans* (TGNS, 2023a) alors que l'Office Fédéral des Statistiques ne recense que 388 opérations de réassignation sexuelle pour l'ensemble des années 2015 à 2020 (OFS, 2020). Il ne s'agit pas de chiffres précis car, par manque de statistiques officielles, le nombre de personnes trans* est extrapolé à partir des chiffres évoqués dans la littérature scientifique et, quant aux opérations, il n'est pas rare que des personnes partent se faire opérer à l'étranger en raison des lacunes de la chirurgie transgenre en Suisse (Romy, 2022). Toutefois, ces chiffres permettent d'imaginer que la transidentité ne se réduit pas à une transformation physique de genre. En effet, la dysphorie de genre (détresse ressentie face au sentiment d'inadéquation entre le genre assigné à la naissance et son identité de genre) ne concerne également pas toutes les personnes trans*. Il est encore à noter qu'une personne dont l'identité et/ou l'expression de genre ne correspond pas au sexe assigné à la naissance ne s'identifie pas forcément comme une personne trans*, des personnes peuvent effectuer une transition complète et s'identifier simplement comme homme ou femme (Hendricks & Testa, 2012).

3.2. LES INÉGALITÉS SOCIALES ET TRANSIDENTITAIRES

Afin de faciliter la compréhension de notre question de recherche, il nous semblait important de spécifier les inégalités dont les personnes trans* font l'objet, quelles en sont les origines et de les situer dans le contexte Suisse actuel.

La première discrimination qui touche les personnes trans* est la transphobie (Alessandrin, 2018) qui est la première source des inégalités. Elle est le produit du cissexisme (Alessandrin, 2018), à savoir le système de comportements, de représentations et de discriminations favorisant les personnes cisgenres au détriment des personnes trans* (Coleman et al., 2012). C'est ce système qui est actuellement à l'œuvre en Suisse.

Il existe plusieurs types de transphobie. Tout d'abord, la transphobie « relationnelle » qui peut être directe et indirecte (Alessandrin, 2018). La première s'appuie sur l'idée que la personne qui discrimine est au courant de la transidentité de la personne discriminée et la seconde met en scène les "allants de soi cisgenres" (Alessandrin, 2016) qui sont en défaveur des personnes trans*, c'est-à-dire sans que la transidentité ne soit nécessairement connue.

Il y a également la transphobie dite « institutionnelle ». Elle limite l'accès aux changements de nom et de genre à l'État civil ainsi qu'aux remboursements des opérations, ce qui rend

vulnérable les personnes souhaitant transitionner selon leurs propres modes de transition (chirurgie, hormonothérapie, etc.) (Alessandrin, 2018).

Finalement, il y a la transphobie « intériorisée ». Elle découle des autres formes citées ci-dessus et elle consiste en l'intériorisation de ces expériences et images négatives renvoyées par la société qui mènent les personnes trans* à s'auto-évaluer négativement et à dissimuler leur identité de genre (Queniart-Sanchez & Van Osselaer, 2021).

D'autres discriminations découlent des inégalités sociales. On retrouve l'inégalité de genre. Les FtM (female to male) vont subir deux fois moins de violence physique que les MtF (male to female) (Alessandrin 2018). Cela est dû au sexisme dont sont victimes les femmes trans* et qui augmente considérablement le poids de la transphobie. De plus, les femmes subissent également les jugements et regards insistants sur leurs corps, ce qui donnent lieu à une évaluation beaucoup plus suspicieuse des corps des femmes trans* que ceux des hommes trans* (Alessandrin, 2018).

Ensuite, concernant les espaces où ces discriminations se déploient, on retrouve notamment l'entourage et la famille. En effet, les personnes trans* ne pourront pas forcément bénéficier de leur soutien car la transidentité (à l'instar de l'homosexualité) a ceci de particulier qu'elle n'est pas forcément identifiable de prime abord (tant par soi-même que par autrui). Il est donc possible qu'une personne trans* traverse tous les processus de la découverte de sa transidentité sans ce soutien. De plus, contrairement aux problèmes de racisme par exemple, la stigmatisation vécue ne sera pas partagée par son entourage et les sphères d'intimité dans lesquelles elles pourraient chercher de la compréhension, du soutien et/ou un espace de discussion. Ces espaces sont au contraire appréhendés en raison d'une peur du rejet ou de l'injure (Dayer, 2014).

Elles se déploient également dans le cadre de l'école. La transphobie crée de l'isolement, de la crainte ressentie lorsqu'il s'agit d'accéder aux espaces scolaires genrés (toilettes, vestiaires) ainsi que de l'absentéisme (Dayer et Alessandrin, 2015). De plus, en 2010, une enquête menée par le MAG (Mouvement d'Affirmation Gay, cité par Alessandrin, 2018) montre que deux tiers des jeunes trans* âgé·e·x·s de seize à vingt-six ans ont déjà pensé au suicide. Une minorité est en mesure d'imposer son identité à l'institution et, au total, seule la moitié en a parlé à ses camarades ou l'administration.

Les espaces sociaux sont aussi des lieux de jonctions où se déploient la transphobie et les inégalités sociales. En effet, une enquête en ligne menée par Alessandrin et Espineira en

2014 démontre, qu'en premier lieu, les espaces publics sont les environnements qui accueillent le plus de transphobie (Alessandrin et Espineira, 2019). La rue est d'ailleurs un lieu spécifiquement pointé par les MtF. Pour ce qui est des milieux professionnels, le National Transgender Discrimination Survey (NTDS), révèle qu'un tiers des répondants a perdu son travail du fait de leur transidentité et seul un peu plus d'un tiers des répondants assume son identité au travail (Grant et al., 2011).

Concernant les espaces de soins, Lombardi et Banik (2015) indiquent que les déterminants sociaux de la santé impactent fortement l'accès aux soins, et en conséquence, sur le résultat des traitements des personnes trans*. Les données montrent que les personnes trans* souffrent davantage de violence, de préjugés, de marginalisation et d'inégalités aux niveaux juridique, économique et social (Thomas et al., 2017 ; Levitt, 2015). Par exemple, une étude récente réalisée auprès de presque 28 000 personnes transgenres en Amérique du Nord a révélé un taux de chômage trois fois plus élevé chez ce groupe comparativement à la population générale, avec près du tiers vivant dans la pauvreté (James et al., 2016). De plus, il résultera de la discrimination une plus grande difficulté à demander de l'aide (Lombardi et Banik, 2015). En effet, près d'un quart des personnes trans* retarderait des soins médicaux dont elles auraient besoin ou y renonceraient par peur d'être stigmatisé·e·x·s et un tiers aurait vécu une expérience négative dans le réseau de santé, en raison de son identité de genre (James et al., 2016).

Finalement, la problématique de l'autocensure nous semble importante à relever. En effet, elle a été illustrée à diverses reprises au travers des différentes formes d'inégalités. Elle touche bon nombre de personnes trans* et elle découle principalement des vécus de stigmatisations et de discriminations qui, elles-mêmes, découlent des inégalités sociales et transidentitaires. Ainsi, dans leur enquête, Alessandrin et Espineira (2019) montrent que cela va impacter l'accès au logement, aux soins, au monde du travail ainsi qu'à la formation ou la scolarisation en raison d'une transphobie qu'elle soit crainte ou présumée. Cette autocensure suggère que l'expérience de la transidentité soumet les personnes concernées à un nombre important d'obstacles qui les éloignent d'une véritable égalité de traitement (Alessandrin, 2018).

Concernant la situation actuelle en Suisse, le panel suisse LGBTIQ+ (Eisner et Hässler, 2022) révèle plusieurs chiffres intéressants concernant les discriminations vécues par les minorités de genre. Il s'agit d'une enquête qui évalue les conditions de vie des personnes LGBTIQ+ au fil du temps, et celle de 2022 en est la 4ème édition dans laquelle 620 participant·e·x·s faisant

partie d'une minorité de genre ont répondu. La dénomination de minorité de genre comprend les femmes et hommes trans*, les personnes non-binaires et les personnes ayant coché la catégorie « autre ».

Dans les résultats importants, 76% des participant·e·x·s de minorités de genre ont déclaré avoir été victimes de discriminations structurelles (e.g. des difficultés à changer les marqueurs de genre, absence d'une troisième option de marqueur de genre, etc.). De plus, les personnes LGBTIQ+ sont plus nombreuses que les personnes cis-hétérosexuelles à déclarer être en mauvaise santé (33% pour les minorités de genre). 51.8% sont exclu·e·x·s socialement en raison de leur identité et 11.2% ont déclaré avoir été la cible de violences physiques au cours de l'année écoulée. Dans l'ensemble, ces chiffres sont assez similaires à ceux de l'année précédente.

Concernant les espaces sociaux, 51% des participant·e·x·s relatent être victimes de discriminations au travail, 52.1% à l'école et 45.4% à l'Université.

Enfin, au niveau de la loi Suisse, un changement survenu en 2022 a eu un grand impact sur le vécu des minorités de genre selon l'enquête. Il s'agit de la procédure de changement de nom et de marqueur de genre (binaire) dans le registre officiel de l'état civil, facilitée pour les personnes de plus de seize ans. Toutefois, contrairement à l'Allemagne ou à d'autres pays, une troisième option de genre n'est pas encore possible. Ainsi, environ la moitié des participant·e·x·s de minorité de genre ont indiqué avoir été impact·é·e·x·s, soit directement, soit par l'intermédiaire d'un·e de leurs ami·e·x·s, collègues ou membres de leur famille, par le fait qu'il n'y ait pas d'option non-binaire.

3.3. LE MODÈLE DU STRESS DES MINORITÉS DE GENRE

Toute personne, quelle qu'elle soit, est soumise à des facteurs de stress. Toutefois, les personnes trans* sont soumises à des stress supplémentaires en raison d'un nombre important de discriminations, violences et/ou rejets provoquées par leur identité ou expression de genre (Bize et al. 2018 ; Chaudoir et al. 2017 ; Hunter et al. 2021). Cette vulnérabilité et ses impacts sur la santé peuvent être expliqués par le modèle du stress et de la résilience des minorités de genre (Testa et al. 2015). Ce modèle est basé sur celui du stress des minorités de Meyer (2003) avec lequel il présente de nombreuses similitudes (Hendricks et Testa, 2012), en y incluant les discriminations supplémentaires auxquelles font face les personnes trans*, tels que les difficultés administratives, d'accès aux soins ou d'accès à des toilettes publiques de manière sécurisée (Testa et al. 2014). Nous pouvons également relever la spécificité que, en tant que minorité dans la minorité LGBTIQA+, les personnes trans* peuvent

également être victimes de discriminations au sein de cette communauté d'appartenance (Carmel & Erickson-Schroth, 2016).

Ce modèle indique qu'évoluer dans un environnement social hostile et stressant en raison de son statut social engendre des processus de stress spécifiques supplémentaires. En lien avec le statut et l'identité de genre minoritaire, il distingue :

1. les stressseurs distaux (les événements stressants indépendant de l'individu, à savoir objectifs et externes, aigus ou chroniques),
2. les stressseurs proximaux (les facteurs de stress dépendant de la perception subjective de l'individu comme l'appréhension des événements stressant, l'état de vigilance ainsi que la dissimulation de son identité que cela implique),
3. l'intériorisation des attitudes négatives et des préjugés de la société (l'homophobie et la transphobie intériorisée),

Le modèle met également en évidence les facteurs de protection (fierté d'être soi et liens communautaires notamment) qui permettent de réduire les effets négatifs (anxiété, suicidalité) de ces stress (Frost, 2011, Testa et al. 2014).

3.4. L'APPROCHE TRANS-AFFIRMATIVE

Il s'agit de l'approche considérée comme la meilleure actuellement pour prendre en charge les patient·e·x·s trans* (Carrol, Gilroy & Ryan, 2002 ; Raj, 2002). C'est également ce qui est relevé par la WPATH, dans sa 8ème version des standards de soins pour les personnes trans* (Coleman et al. 2022). Ainsi, elle consiste en trois points principaux (APA, 2015; Deutsch et al. 2016; Medico et al. 2022) :

1. Accueillir et reconnaître toute expérience du genre comme légitime, peu importe l'âge de la personne, en utilisant immédiatement les prénoms et pronoms choisis,
2. Supporter la personne dans ses besoins d'affirmation du genre et de santé,
3. Construire avec elle une relation basée sur le partenariat, en respectant son droit à l'autodétermination et en reconnaissant qu'elle soit la seule « experte » de son genre.

Udell (2017) ajoute que cette approche est également culturellement adaptée, intègre les identités sociales intersectionnelles des patient·e·x·s trans* et implique la défense de meilleures options de soins de santé mentale et médicale (Udell, 2017).

En résumé, les soins affirmatifs transgenres s'opposent au système binaire du genre et au récit médicalisé de l'identité de genre parce qu'ils mettent l'accent sur l'auto-identification.

Chang, Singh et Rossman (2017) définissent l'auto-identification comme " liée à l'autodétermination et comme la capacité, le droit et la liberté de chaque individu de prendre des décisions sur son identité et/ou son expression de genre d'une manière authentique " (p. 20). Les professionnels de la santé mentale qui respectent l'auto-identification de leurs client·e·x·s transgenres, qu'elle s'inscrive ou non dans le système binaire du genre, sont en mesure d'établir des relations thérapeutiques plus solides et de "saper le rejet systémique et la pathologisation des personnes [transgenres] au sein de l'industrie de la santé mentale" (Chang et al., 2017, p. 21).

De manière plus détaillée, plusieurs guides, proposés par différent·e·x·s auteur·ice·x·s définissent les recommandations de cette approche. Bien que les recommandations soient nombreuses, elles peuvent être classées en fonction du niveau de processus engagé (Ali, 2014). Dans les grandes lignes, le travail thérapeutique vise à respecter la dignité des clients, à aborder les contextes institutionnels plus larges susceptibles de perpétuer l'oppression et les traumatismes multigénérationnels et à s'engager dans une réflexion critique sur le genre, le sexe et la sexualité (Ali, 2014).

Vous trouverez une liste détaillée des différentes recommandations en annexe (10.2.).

4. MÉTHODE

Notre recherche est une enquête qualitative sur les vécus des thérapeutes travaillant avec des patient·e·x·s trans* et la manière dont iels les traitent et les intègrent à leur pratique. L'objectif de cette étude est d'examiner de près les émotions, les ressentis des thérapeutes concernant les vécus d'inégalités de leurs patient·e·x·s trans*. Nous avons choisi la méthode qualitative car la recherche empirique concernant le vécu des thérapeutes est relativement pauvre. De ce fait, notre étude est de nature exploratoire. Nous mettons l'accent sur la collecte d'informations narratives détaillées et étendues dans le but d'identifier des thèmes primordiaux et de développer des théories. La recherche qualitative ne vise pas à tester une théorie déjà établie, son but est de mettre en lumière les nuances, la profondeur et la complexité des données afin de produire des informations et des idées précieuses sur un domaine d'étude émergent (Corbin & Strauss, 2014).

4.1. FOCUS GROUP ET ENTRETIEN SEMI-STRUCTURÉ

Nous avons utilisé le focus group et l'entretien semi-structuré comme outils d'investigation.

Le focus group (FG) est une technique non standardisée de recueil d'informations (Acocella, 2011) au travers d'une discussion entre plusieurs personnes qui rapportent leurs expériences vécues sur un thème déterminé. L'objectif est, via l'interaction intragroupe, de fournir des données sur les croyances et les normes du groupe concernant un sujet particulier ou en fonction d'un ensemble de questions (Wood & Bloor, 2006). Il se différencie des entretiens par l'importance qui est attachée à l'interaction entre les participant·e·x·s (Kohn & Christiaens, 2014). À titre d'exemple, dans le cadre de notre travail, le focus group a fait émerger de nouvelles thématiques que nous n'avions pas prévues d'investiguer en amont, notamment un débat autour de la présence de la transidentité dans les classifications internationales des maladies (CIM, DSM).

Concernant l'entretien semi-structuré, cette méthode vise à collecter des données en interrogeant les participant·e·x·s en face à face en suivant un guide d'entretien (utilisé également lors du FG, voir annexe 10.3). Ce procédé est souvent utilisé pour identifier les points de vue, les attitudes, les croyances et l'expérience des individus (Kohn & Christiaens, 2014). À la différence du FG, il permet un plus grand contrôle et une plus grande latitude pour approfondir les réponses des participant·e·x·s ainsi que la possibilité d'être plus sensible aux informations non verbales (Creswell, 2007 ; Patton, 2002).

4.2. MISE EN PRATIQUE DU FOCUS GROUP ET DE L'ENTRETIEN SEMI-STRUCTURÉ

4.1.1. PARTICIPANT·E·X·S

La transidentité suppose une série de connaissances qui permettent de nommer des réalités jusque-là indicibles. En tant que thérapeute, être au fait de ces subtilités, avoir une connaissance des réalités vécues par les personnes trans*, être habitué à concevoir l'identité de genre et de la nommer avec souplesse nous semble faire une différence comparativement à un·e thérapeute qui n'aurait pas cette connaissance ou habitude.

Pour cette recherche, nous avons donc choisi d'approcher des psychothérapeutes qui avaient eu au moins un·e patient·e·x trans* en suivi dans leur cabinet. Nous avons contacté des professionnel·le·x·s identifiés comme spécialistes de la santé transgenre ainsi que des psychothérapeutes moins identifiés comme tel, des psychiatres et des psychologues, de la Suisse romande. Viser une large région géographique nous a permis de regrouper davantage de thérapeutes spécialisé·e·x·s qui se répartissent dans plusieurs cantons romands (Valais, Genève, Vaud et Neuchâtel). Nous avons ciblé, comme le veut le cadre général du mémoire, des praticien·ne·x·s systémicien·ne·x·s. Toutefois, au vu de la thématique très spécialisée,

nous avons également pris en considération des thérapeutes d'autres courants théoriques afin de nous assurer une participation suffisante pour constituer nos focus group et entretiens.

Ainsi, notre échantillon se compose de dix professionnel·le·x·s, soit huit psychologues-psychothérapeutes systémicien·ne·x·s dont une en cours de formation postgrade, un·e psychothérapeute humaniste et un psychiatre, d'approche systémique également. Ils travaillent dans les cantons de Neuchâtel, Vaud et Valais. Deux d'entre elleux s'identifient comme personne trans* et une personne indique avoir été assignée intersexe à la naissance (cf. tableau 1.). Un·e thérapeute (thérapeute 7) a participé au Focus Group et à l'entretien individuel.

Tableau 1. Caractéristiques des participant·e·x·s

Thérapeute	Titre	Orientation thérapeutique	Pratique actuelle	Lieu principal d'exercice (Canton)	Nombre d'années d'expérience	Nombre de patient·e·x·s trans*	Identité de genre	Sexe assigné à la naissance
T1	Psychologue-psychothérapeute	Systémique et narrative	Cabinet privé et formation	Valais	Non renseigné*	Non renseigné*	Non-binaire	Femme
T2	Psychologue-psychothérapeute	Systémique	Institution	Neuchâtel	Env. 10 ans	Env. 30	Femme	Femme
T3	Psychologue-psychothérapeute	Systémique	Cabinet de groupe	Vaud	Env. 13 ans	Env. 50	Femme	Femme
T4	Psychologue-psychothérapeute	Systémique	Cabinet privé	Vaud	Env. 18 ans	Env. 150-200 en groupes Env. 50 en individuel	Homme	Homme
T5	Psychologue-psychothérapeute	Systémique	Cabinet de groupe (même cabinet que thérapeute 3)	Vaud	Env. 8 ans	Env. 50 en individuel Env. 25 en groupes	Homme	Homme
T6	Psychologue-psychothérapeute	Systémique	Cabinet privé et centre de psychothérapie	Vaud	Env. 7 ans	Env. 100 en individuel Env. 350 en accompagnement psycho-social	Femme	Intersexe
T7	Psychiatre-psychothérapeute	Systémique	Cabinet privé	Valais	Env. 15 ans	Env. 20 (5-6 nouvelles demandes par an actuellement) 3	Homme	Homme
T8	Psychologue-psychothérapeute	Systémique	Cabinet privé	Valais	Env. 3 ans		Femme	Femme
T9	Psychologue-psychothérapeute	Humaniste et narrative	En délégation en cabinet privé et formation	Vaud	5 ans	35 personnes	Non-binaire	Femme
T10	Psychologue-psychothérapeute en formation	Systémique	En délégation en cabinet privé	Valais	Env. 4 ans	Env. 10 en individuel Env. 50 en accompagnant psycho-social	Femme	Femme

* pas de réponse au message envoyé a posteriori par e-mail pour renseigner cette colonne

4.1.2. RECRUTEMENT DES PARTICIPANT·E·X·S

Pour le recrutement, nous sommes tout d'abord allé·e·s à la rencontre de thérapeutes spécialisé·e·x·s, clairement identifié·e·x·s comme tel·le·x·s. Pour ce faire, nous avons activé notre réseau et la Fondation Agnodice nous a également transmis une liste de personnes à contacter. Nous leur avons présenté notre recherche et sur 15 psychothérapeutes contacté·e·x·s, 10 ont répondu par l'affirmative, 3 n'ont jamais donné de réponse et 2 n'ont plus donné suite à nos messages après le premier contact. Il est à noter que deux participant·e·s sont des connaissances de l'un·e des deux chercheur·euse·s et l'un est

d'ailleurs son mari. Il a toutefois été décidé de garder cette participation dans notre échantillon, estimant que dans notre sujet de recherche, ce lien ne générerait pas de conflit d'intérêt.

Lors du recrutement des différent·e·x·s thérapeute·x·s, nous leur avons envoyé un email avec une notice d'information présentant notre étude (annexe 10.4). Après avoir obtenu leur accord, nous leur avons demandé leurs préférences entre une participation au FG ou à l'entretien semi-directif et nous les avons invité à répondre à un sondage afin d'obtenir leurs disponibilités, permettant de choisir le jour le plus opportun pour mener le FG et les entretiens. Nous avons envoyé le formulaire de consentement à tous·x·tes les thérapeutes. Pour les participant·e·x·s du FG, nous leur avons demandé de nous renvoyer les formulaires ainsi qu'un questionnaire, le "Counseling synchronicity" (annexe 10.5.), par email ou par courrier. Pour les participant·e·x·s rencontré·e·x·s en entretien, nous leur avons fait remplir et signer ces documents sur place.

4.1.3. ORGANISATION

Concernant le FG, trouver une date ainsi qu'un lieu où le mener n'a pas été une mince affaire. Malgré diverses tentatives et en proposant plusieurs dates, nous n'avons pas réussi à trouver un moment où nous pourrions réunir suffisamment de thérapeutes en même temps, sauf si nous le faisons par zoom. En effet, les thérapeutes venant de différents cantons et travaillant la semaine, mener le FG en ligne était finalement la meilleure solution fonctionnelle. Pour ce qui est des entretiens semi-directifs, trouver une date ainsi qu'un lieu a été beaucoup plus aisé. Nous nous sommes déplacé·e·s à deux reprises directement au cabinet des thérapeutes et deux thérapeutes se sont déplacé·e·x·s à l'université de Lausanne où nous avons réservé au préalable une salle.

4.1.4. MATÉRIEL

Nous avons utilisé nos téléphones portables ainsi qu'un iPad comme outil d'enregistrement lors du FG et des entretiens. Puis nous nous sommes aidé·e·s du site "transkriptor.com" pour la retranscription de nos données.

4.1.5. DÉROULEMENT

Concernant le FG, il a duré 1h45. Nous avons accueilli les participant·e·x·s sur notre salle Zoom et les avons informé·e·x·s du lancement de l'enregistrement. Nous nous sommes présenté·e·s brièvement en indiquant nos pronoms et accords et chaque participant·e·x·s est ensuite présenté·e·x en faisant de même, afin de faciliter la discussion et éviter d'éventuels mégenrages. Ensuite, nous avons explicité le déroulement du FG, rappelé le cadre de l'entretien et la clause de confidentialité. Pour démarrer les échanges, une première question

générale leur a été posée en les invitant à un moment de réflexion pour ensuite s'exprimer et partager. Des questions et des relances spécifiques ont été posées afin de relancer la discussion ainsi que des questions de clôture (annexe 10.3).

Concernant les entretiens semi-directifs, ils ont duré entre 1h et 1h20. Le déroulement était relativement similaire au FG hormis que nous les avons menés en présentiel. Nous nous sommes assis·e·s de telle sorte à former un triangle entre les interviewer·euse·s et l'interviewé·e·x pour que l'on soit tous·x·tes les un·e·s en face des autres.

La même grille d'entretien a été utilisée pour les deux formats et nous avons offert un petit cadeau aux thérapeutes en guise de remerciements pour leur bienveillance, leur présence et le temps qu'ils nous ont accordé.

4.1.6. GRILLE D'ENTRETIEN

Nous avons construit notre grille d'entretien (annexe 10.3) après un examen approfondi de la littérature disponible et les questions ont été conçues dans l'objectif de compléter la littérature concernant les expériences, les vécus et les résonances des thérapeutes travaillant avec des patient·e·x·s trans*. L'approche que nous avons choisie implique des questions de recherches générales qui motivent le projet, une question large de type exploratoire ainsi que des questions de recherches plus précises (Braun & Clarke, 2006). Ces dernières questions, plus étroites, ainsi que les analyses qui en découlent apportent également des réponses à la question de recherche globale.

4.1.7. FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Le formulaire de consentement nous a été fourni par notre maître de mémoire. Nous l'avons légèrement modifié afin que celui-ci soit inclusif, ce qui nous a également permis d'investiguer le genre des participant·e·x·s (annexe 10.6).

4.1.8. QUESTIONNAIRE COUNSELING SYNCHRONICITY

Notre adaptation de la grille d'auto-évaluation créée par Saucedo et Lahana (2022), visant à différencier les niveaux de spécialisation des thérapeutes interviewé·e·x·s, n'a finalement pas permis de faire cette différenciation et n'a ainsi pas pu être utilisé (explications plus détaillées en annexe 10.5.).

4.2. TRANSCRIPTION ET CODAGE DES DONNÉES

Dans un premier temps, nous nous sommes aidé·e·s du site “transkriptor.com” pour retranscrire grossièrement nos enregistrements audios. Puis nous avons passé toutes les transcriptions aux cribles afin de corriger les erreurs (annexe 10.8.).

Nous avons ensuite commenté toutes nos transcriptions de manière individuelle puis nous avons confronté nos commentaires en les discutant ensemble afin de trouver des consensus. Nous avons alors codé ces commentaires en les regroupant sous différents thèmes dans un tableau (annexe 10.7.), thèmes que nous avons à nouveau discutés pour les regrouper dans des sub-thèmes, ce qui nous a amené à six thématiques principales (cf. p.21). Le but de cette manœuvre était d’identifier explicitement les éléments clés des données qui étaient pertinents pour répondre à notre question de recherche.

4.3. ANALYSE DES DONNÉES

Concernant l’analyse des données, nous avons choisi de mener une analyse thématique théorique. Nous avons utilisé la méthode dite contextualiste. Elle se situe entre le constructivisme et l’existentialisme et cherche à comprendre comment les individus font sens de leurs expériences, ainsi que la manière dont le contexte élargi impacte ces significations (Braun & Clarke, 2006).

Cette approche permet de refléter la réalité et de la démêler de la surface. Notre analyse est « théorique ». Cela consiste à fournir un compte rendu détaillé et nuancé d’un thème (ou d’un groupe de thèmes) en particulier au sein de données (Braun & Clarke, 2006). En effet, ce type d’analyse tend à être motivé par l’intérêt théorique ou analytique des chercheur·euse·s dans le domaine concerné – ici le vécu des thérapeute·x·s – et est donc plus explicitement orienté vers l’analyse détaillée d’un ou plusieurs aspects des données, plutôt que sur une description riche de l’ensemble des données (Braun & Clarke, 2006).

Concernant les niveaux auxquels les thèmes sont identifiés, nous avons choisi de les traiter au niveau latent. Cela implique d’analyser les données au-delà du contenu purement sémantique et de commencer à identifier les idées, les hypothèses et les conceptualisations sous-jacentes, les idéologies, qui sont supposées façonner ou informer le contenu sémantique des données (Braun & Clarke, 2006). De plus, pour l’analyse thématique latente, le développement des thèmes implique un travail d’interprétation et, l’analyse qui est produite, n’est pas seulement une description mais est déjà théorisée. De fait, l’approche thématique implique un engagement dans la littérature avant l’analyse.

Ainsi, dans notre étude, nous avons décrit les différentes thématiques en les exemplifiant d'extraits de nos données. Puis, nous avons relié à la théorie existante les thématiques les plus importantes en procédant à une analyse latente. Au fil des interprétations, nous avons été attentif·ve·s à ne pas émettre de jugement ni imputer des opinions aux thérapeutes.

4.4. RÉFLEXIVITÉ

Selon divers auteur·ice·x·s, la réflexivité des chercheur·euse·x·s implique une conscience de soi, une attitude autoréflexive dans laquelle iels ne sont plus des intermédiaires neutres mais sont appelé·e·x·s à réfléchir sur elleux-mêmes et sur leur travail (Berry & Warren, 2009; Santiago-Delefosse, 2006 ; Medico & Santiago-Delefosse, 2014). De plus, Paillé (2006) soutient que l'interprétation est au cœur de l'enquête qualitative. Or les interprétations sont influencées par la subjectivité des chercheur·euse·x·s. Enfin, Charmaz (2006) souligne que l'esprit du·de la chercheur·euse·x est loin d'être une "tabula rasa" et qu'il faudrait utiliser ce trait plutôt que de le nier. Nous avons conscience que nos propres expériences et points de vue ont nécessairement eu un impact sur la collecte de nos données ainsi que, dans une certaine mesure, les résultats. C'est dans cette optique que nous allons partager nos réflexions autour de notre statut de chercheur·euse afin d'examiner nos préjugés potentiels qui ont pu affecter cette étude de recherche qualitative

4.4.1. PARTIE RÉFLEXIVE DE PHILIPPE WIELAND

Mes premières motivations à travailler sur ce projet de mémoire étaient qu'il se situait dans l'axe systémique, un axe dans lequel je me projette pour mes projets futurs et qu'il permettait de partir à la rencontre de professionnel·le·x·s du terrain. Pour ce mémoire, nous devions nous focaliser sur une population qui vivait des inégalités sociales. Fanny et moi sommes facilement tombé·e·s d'accord sur la thématique LGBTIQA+ et, plus spécifiquement sur la thématique trans*. Cela permettait, d'une part, de mettre en lumière cette minorité dans la minorité bien trop souvent assimilée aux aspects les plus voyants que sont les communautés L&G et, d'autre part, de ne pas être trop proche d'un sujet qui me concerne directement.

En effet, en tant que gay, je fais partie de la communauté LGBTIQA+ que je fréquente et dans laquelle j'ai longtemps eu une posture militante. J'ai donc une certaine familiarité avec la thématique de la transidentité, vécu moi-même des discriminations homophobes, ce qui a possiblement teinté mon approche d'une relativement bonne connaissance du sujet mais également d'un certain parti-pris pour la cause, influençant certainement la façon dont j'ai appréhendé ce mémoire. A côté de cela, je cumule une série de privilèges : homme, blanc, cisgenre, sans handicap et étudiant universitaire, pour les plus évidentes. En tant que personne cisgenre notamment, je suis à risque de mal jauger certaines réalités vécues par

les personnes trans*. J'ai donc tenté de constamment effectuer un double travail de déconstruction : un premier du côté LGBTIQ+ pour prendre une certaine distance face aux « membres de la famille » et l'autre pour interroger mes normes relatives à mes privilèges sociaux.

Du côté de notre population directe d'intérêt, à savoir les thérapeutes, il a fallu gérer une forme de stress de se frotter, en tant que psychologue novice, à des thérapeutes chevronné·e·x·s et spécialisé·e·x·s. L'exercice du Focus Group aura été spécialement impressionnant, se retrouver face à une telle brochette de thérapeutes expérimenté·e·x·s ne m'a pas laissé indifférent. Je ne suis pourtant plus tout jeune, j'ai 50 ans à l'écriture de ce mémoire, et je bénéficie d'une certaine expérience professionnelle, ce master de psychologie clinique correspondant, pour moi, à une reconversion. J'ai toutefois dû faire des efforts pour mettre de côté mon sentiment d'imposture à questionner le travail de thérapeutes expérimenté·e·x·s afin d'adopter un regard de chercheur.

A propos d'âge, il influence également mon regard. En partageant mes réflexions avec ma collègue, avec qui quasiment une génération me sépare, cela m'a permis de remarquer le regard neuf et moderne qu'elle pose sur ces questions, là où je peux traîner parfois quelques vieilles représentations, notamment sur la façon dont la communauté LGBTIQ+ peut être perçue dans la société, une perception bien plus ouverte qu'à "mon époque".

À cela s'ajoutait encore la position de chercheur que je découvrais au fil du temps, même si j'avais pu avoir une première expérience de recherche qualitative dans le cadre d'un cours au premier semestre de Master, il a fallu composer avec les écueils et les questionnements typiques des chercheur·euse·x·s novices.

Il a donc fallu naviguer avec toute une foule d'émotions et d'influences au fil de ce travail pour rester le plus objectif possible quant à ce que nous faisons émerger de nos données.

Ce travail en binôme aura ainsi été une source importante d'apprentissages, tant sur la transidentité elle-même, la recherche qualitative et le travail de thérapeute mais également, de manière plus large, sur ma position dans la société et mon fonctionnement.

4.4.2. PARTIE RÉFLEXIVE DE FANNY TANG

Concernant mon statut de chercheuse en tant que tel, dans cette étude, j'ai essayé d'avoir une réflexion critique sur mon propre récit, d'avoir une conscience évolutive de mon emplacement social afin de prendre en compte les implications que cela pourrait engendrer sur ce travail.

En premier lieu, en ayant une identité de femme cisgenre dans une société cisnormative, cela implique que je fais partie des oppresseur·euse·s. C'est pourquoi, en amont de ce travail, je me suis engagée à la réflexivité et à la formation autour de ma pensée binaire, des préjugés et des suppositions que j'ai sur les expériences trans*. Puis, en ayant conscience de cela, je me sentais peu légitime de traiter ce sujet, n'étant pas directement concernée, ce qui m'a amenée à être dans une posture très en retrait lors des entretiens, et à me mettre une pression dans le choix des mots que j'utilisais lorsque je m'exprimais pour ne pas me tromper dans le vocabulaire, pour poser des questions pertinentes, en résumé, pour ne pas laisser mes privilèges interférer dans mon travail, autant que faire se peut.

Cela s'est également ressenti dans ma rencontre avec les différent·e·x·s thérapeute·x·s qui ont participé à notre étude. J'avais beaucoup d'appréhension. En effet, j'avais conscience qu'ils étaient pour la plupart des personnes très expérimentées concernant la prise en charge des patient·e·x·s trans* et cela ajoutait une pression supplémentaire pour mon rôle de chercheuse. J'avais envie de bien faire les choses, de "mériter" l'aide précieuse qu'il nous apportaient en étant pertinente dans les propos que je pouvais tenir. Et cela a pu par moment péjorer mon travail, étant aux prises avec l'anxiété de faire une erreur, je n'arrivais pas toujours à trouver mes mots et m'exprimer de manière claire lors des entretiens, ce qui pouvait aboutir à de l'incompréhension ou des réponses inattendues de la part des participant·e·x·s. Heureusement, cela s'est surtout déroulé au début des entretiens et j'ai su par la suite mieux gérer le stress qui m'habitait.

Enfin, en tant que femme chinoise, je vis également des discriminations dû à mon statut social. Ainsi, je fais certains parallèles entre mon vécu de sexisme et de racisme avec le cissexisme vécu par les personnes trans*. J'ai cependant conscience que je ne peux pas vivre de manière incarnée les discriminations vécues par les personnes trans* et qu'il ne s'agit-là que d'un moyen pour moi de résonner avec les personnes trans*. Ayant beaucoup de personnes queer dans mon entourage et vivant moi-même des minorisations depuis toujours, j'ai développé un militantisme sur différents sujets. Dans le cadre de cette étude, j'ai pris en compte ce biais lié à mes expériences et mon apprentissage personnel. Par exemple, les personnes trans* de mon entourage m'ont éduqué sur l'importance de ne pas les mégenrer et à quel point cela pouvait être blessant pour elleux. De fait, lors de l'analyse de nos résultats, j'ai pu par moment être trop catégorique dans mes opinions et jugements de certain·e·s participant·e·s qui s'étaient trompé·e·s au niveau du vocabulaire. Une fois que je m'en suis rendue compte au cours de la recherche, j'ai essayé de faire plus attention à ce que mes convictions et valeurs

interfèrent le moins possible à l'analyse des données et plus généralement, à ma manière de conduire la recherche.

4.5. CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES

Concernant les risques ou inconvénients potentiels, nous estimons que les participant·e·x·s n'en encourent aucun.

Concernant la confidentialité et l'anonymat, les enregistrements audios ont été détruits après la transcription. Dans les fichiers écrits, toutes les informations permettant d'identifier les participant·e·x·s ont été anonymisées. Les thérapeutes très visibles et réputés pour leur travail avec les patient·e·x·s trans* sont protégé·e·x·s contre toute identification involontaire. En effet, nous leur avons attribué un numéro de manière aléatoire (e.g. thérapeute 1, 2, 3, etc., abrégé T1, T2, T3, etc.) et les avons désigné·e·x·s uniquement par ce biais. Pour distinguer le focus group des entretiens individuels, nous avons ajouté l'abréviation FG au code du thérapeute. Les lieux ainsi que les personnes que mentionnent les thérapeutes ont également été anonymisé·e·s.

5. RÉSULTATS

L'analyse des entretiens nous a amené à différencier 6 thématiques principales subdivisées en 23 sous-thématiques. Le tableau 2 donne une vue d'ensemble des thèmes et sous-thèmes. Nous procéderons ensuite à la description de chacun d'eux et les illustrerons avec des extraits issus des différents entretiens.

Tableau 2. Arbre thématique : Thèmes et sous-thèmes issus de l'analyse thématique

Thème	Total des occurrences	Sous-thématique	Occurrence	Nombre de thérapeutes qui en parlent
Ressentis thérapeutes	334	Positifs	129	10
		Difficiles	142	10
Déterminants socio-contextuels	229	En lien avec le statut minoritaire	63	10
		Les démarches de transition	45	7
		Les enjeux de société	122	10
		L'évolution de la transidentité	62	10
Positions thérapeutiques	397	Apprenant	25	7
		Novice	38	3
		Expert	170	10
		Être un thérapeute trans*	77	8
		Gatekeeper	18	6
		Réflexive	29	8
Famille	73	De pouvoir	40	8
		Aspects difficiles	52	6
Discriminations	210	Aspects positifs	21	5
		Sociales	27	5
		Spécifiques	140	10
		Violences	12	4
		Cumulées	24	4
Besoins des thérapeutes	116	Intériorisées	7	3
		Supervisions	42	7
		Apprentissage	28	5
		Réseau de soutien	46	10

5.1. LES RESENTIS DES THÉRAPEUTES

La thématique des ressentis est ressortie dans tous les discours des thérapeutes qui en ont abondamment parlé (occurrences: 334). En premier lieu, nous trouvons les **ressentis positifs** (occurrences 129 par 10 thérapeutes), tels que la tendresse, l'admiration ou le sentiment d'être utile, qui portent les thérapeutes dans leurs suivis thérapeutiques, leur donne de l'élan et l'envie de s'engager :

« Moi je ressens de la tendresse envers mes patients trans, peut-être mes autres patients aussi, mais peut-être un peu plus spécifiquement vers cette population. » (T4FG, 252-254),*

« Ça fait du sens et ça fait du bien d'être justement un des espaces qui peut être là pour ces jeunes-là. Donc je veux pas me mentir et faire de la fausse humilité, ça fait du bien. Parce qu'on se sent utile.» (T10, 69-71).

Ces mêmes suivis thérapeutiques peuvent être source de **ressentis plus difficiles** (occurrences 142 par 10 thérapeutes), nous retrouvons dans ce cas des ressentis d'impuissance, de tristesse, d'être écartelé, des émotions plus compliquées à vivre :

« Et après je pense aussi un sentiment quand même, parfois même souvent d'impuissance, de grande impuissance face à des vécus extrêmement difficiles. » (T6FG, 382-385)

Enfin, d'autres **vécus** exprimés par les 10 thérapeutes (occurrences : 63) évoquent des **liens avec d'autres statuts minoritaires** qu'ils relient à la transidentité, en fonction de leur propre vécu et statut, tant culturel, professionnel qu'identitaire, tels que le statut de personne migrante ou LGBT ou encore les questions de sexisme :

« ce qui me touche particulièrement, vous avez peut-être compris dans la première fois que j'ai parlé de la discrimination, parce que moi-même je suis gay, donc j'ai vécu aussi de la discrimination et c'est des choses qui résonnent particulièrement chez moi et je sais que c'est quelque chose que je dois prendre en considération » (T7FG, 559-562).

« Et où, en fait, peut-être ça résonne aussi pour moi, c'est cette clinique avec les personnes migrantes et on découvre de toute façon une forme d'altérité. On essaie de construire ensemble... » (T6FG, 399-402).

5.2. LES DÉTERMINANTS SOCIO-CONTEXTUELS

Lorsque les thérapeutes évoquent la transidentité, des **déterminants socio-contextuels** apparaissent dans leur discours. Nous avons regroupé dans cette thématique des éléments qui proviennent du contexte et de la société actuelle dans laquelle les thérapeutes évoluent. Ces éléments vont avoir une influence sur leur travail avec les patient·e·x·s trans* et la manière dont iels vont appréhender la transidentité en général.

Une dimension évoquée par 7 thérapeutes sur 10 concerne l'implication des thérapeutes dans les **démarches liées à la transition physique** (occurrences: 45). Cette sous-thématique apparaît comme une dimension particulière de la transidentité. En effet, il a été assigné aux thérapeutes le statut de "gatekeeper" auprès des patient·e·x·s trans*. En résumé, lorsqu'iels souhaitent transitionner, iels doivent demander l'aval de leur thérapeute qui a un rôle décisionnel important dans cette démarche. Il s'agit donc d'un enjeu à part, issu de l'organisation actuelle de l'approche de la transidentité et qui engendre des besoins particuliers en termes de connaissance et de démarche à effectuer pour les thérapeutes.

« Là, je bute, c'est récurrent parce que je trouve que ça met dans cette posture de... évidemment que j'ai eu beaucoup de feedbacks d'opérations chirurgicales, j'ai un panorama devant moi, complet de... alors qui est changeant mais de ce qu'on peut faire ou peut pas faire en Suisse, à l'étranger, etc., des enjeux qu'il y a, des enjeux financiers, assurances, des risques, de l'expérience des uns et des autres, des problèmes qu'il y a eu, des questions de être ici, voyager pour faire quelque chose, etc. Enfin, j'ai beaucoup de choses dans ma tête qui m'habitent au sujet de tout ça. » (T4FG, 941-946)

Les enjeux de société ont un fort impact sur la transidentité. Tous·x·tes les thérapeutes le relèvent et évoquent les nombreux déterminants et impacts sociaux qu'impliquent la transidentité et qui sont liés à la marginalisation des personnes trans*. Il s'agit également d'éléments qui viennent questionner les représentations des thérapeutes que ce soit sur leur genre mais également sur leur vision de la société. Cette sous-thématique regroupe un grand nombre d'occurrences (122) qui reflètent la forte dimension sociétale de la transidentité et que les thérapeutes sont amené·e·x·s à prendre en compte dans leur pratique. À titre d'exemples, nous retrouvons des enjeux politiques :

« Le fait bah d'entendre des patients qui vont pour nous dans des directions qui peuvent nous questionner ou nous heurter, ça crée des choses qui peuvent être, qui peuvent nous prendre

aussi pas mal à parti dans nos convictions au moment de la thérapie, ça pour moi, ça vient, c'est peut-être un sujet plus politisé actuellement que d'autres peut-être.» (T5FG, 470-473)

Nous retrouvons également tous les aspects de remises en question de notre société cisnormée :

« C'est des patients qui font vivre aussi des choses extrêmement profondes sur la remise en question de notre société, de comment sont les rôles dans la société de, qu'est-ce que c'est le genre, finalement, qu'est-ce que c'est la sexualité, qu'est-ce que c'est l'orientation, ça remet tellement en question tout ce qu'on a appris comme vision hétéro-cisnormative, comme vision très patriarcale, que forcément ça chamboule un peu tout le monde.» (T6FG, 530-535).

Enfin, **l'évolution constante de la transidentité** au cours de ces dernières années a été évoquée par tous·x·tes les thérapeutes (occurrences: 66). Ces changements ont entraîné des conséquences réjouissantes, comme une meilleure acceptation de la transidentité dans certains milieux, mais également délétères comme la souffrance qu'induit cette évolution chez les personnes, aujourd'hui adultes, qui n'en ont pas bénéficié ou encore la controverse sur la transidentité chez les enfants et les adolescents. Ces conséquences impactent la pratique des thérapeutes :

« Avec les enseignants, les enseignantes, oui, et puis maintenant c'est plutôt dans le réseau, avec d'autres psychologues ou comme ça, bah c'est beaucoup, en général, ça se passe plutôt bien. »(T10, 230-231)

« Là avec les personnes adultes, face à la souffrance et à la douleur, de se dire, ben, j'aurais voulu naître à cette époque où maintenant on peut le dire plus tôt, où j'ai fait une partie de mon adolescence ou de ma vie d'adulte sous une identité, puis que j'aurais jamais accès à des traitements de retard puberté, à des... Enfin, on a enlevé une partie de ma vie. » (T6FG, 390-394).

5.3. LES DISCRIMINATIONS

Cette catégorie concerne les différentes discriminations, découlant des inégalités sociales et transidentitaires, vécues par les patient·e·x·s trans* et évoquées par les thérapeutes lorsqu'ils sont questionné·e·x·s sur leur clinique à ce sujet.

Les discriminations qui ont le plus été relevées par les thérapeutes concernent les **discriminations spécifiques** (140 occurrences évoquées par les 10 thérapeutes), c'est-à-dire celles qui découlent du statut identitaire des patient·e·x·s, le fait qu'ils soient des personnes trans* spécifiquement, d'où le nombre important d'occurrences. Ainsi, cela peut toucher différents pans de leur vie, tels que:

- l'administration :

« Typiquement, les formulaires à remplir, ce machin truc, enfin tout ce genre de choses, tu reçois un truc à la maison, ben c'est à ton prénom de naissance parce que tu vis encore chez tes parents. » (T9, 855-857)

- les mégenrages :

« Donc sur le papier, il avait encore le prénom féminin et lui il se faisait appeler par le prénom masculin. Et puis il a demandé aux éducateurs qu'ils l'appellent par « il ». Ben ils ont eu beaucoup de peine les éducateurs et puis parfois ils l'appelaient par elle ou par son prénom féminin, ce qui lui faisait toujours faire des crises de colère et qui posait des problèmes dans le foyer. » (T7, 341-345),

- L'accès aux vestiaires, toilettes :

« Non, mais des éléments dont on parle souvent, moi je trouve, en séance quoi, avec les jeunes, c'est-à-dire c'est où que je vais aller... Dans quelles toilettes je vais aller à l'école ? Dans quel vestiaire je vais aller à l'école ? » (T2FG, 1115-1120).

- l'accès aux soins

La problématique de l'accès aux soins est également revenue souvent dans le discours des thérapeutes. En effet, iels évoquent, par exemple, le manque de professionnel·le·x·s spécialisé·e·x·s ou le fait que le système de santé actuel oblige une personne trans* voulant transitionner à consulter un·e professionnel·le pour obtenir son aval avant de pouvoir débiter les démarches. Il s'agit de la position de gatekeeping que nous pouvons considérer comme une discrimination car cela implique que le statut identitaire des personnes trans* est abordé comme un trouble et qu'elles n'ont pas librement accès au droit fondamental d'être elleux-mêmes sans passer par l'aval d'une tierce personne.

« Ce que je trouve particulièrement en Suisse et probablement ça c'est lié à la population, parce que la population en Suisse elle est petite. En plus il y a des régions linguistiques, suisse-allemande, suisse-romande. C'est que comme c'est quelque chose qui est

relativement rare, la transidentité, y'a peu de chirurgiens et de médecins très spécialisés et du coup, c'est assez un peu éclectique. On sait pas très bien avec quel chirurgien faire. Les endocrinologues, pareil. Les psychiatres aussi, donc c'est chaque patient qui doit un peu se débrouiller pour trouver de bons spécialistes et puis même moi par exemple avec les endocrinologues. » (T7, 415-422)

« Je pourrais tout à fait dire bon ben non, je ne pose pas du tout de diagnostic, je ne fais pas du tout ça parce que je n'y crois pas, je suis contre mais en attendant ben la personne en face de moi, pour soulager sa dysphorie, elle a besoin d'aller accéder à telle ou telle prestation médicale et puis le parcours obligatoire, c'est ça pour l'instant en Suisse. » (T9, 754-758).

Il faut donc se débrouiller pour trouver les bon·ne·x·s professionnel·le·x·s spécialisé·e·x·s et cela est difficile, même pour les thérapeutes. De plus, iels notent également les difficultés liées aux assurances:

« Au départ, je voulais protéger les gens en leur transmettant pas trop le merdier que c'est les assurances... » (T9, 664-667)

Les **discriminations sociales** regroupent les discriminations liées à la société comme le sexisme, le rejet social ou les injustices. Elles ont été abordées par 5 thérapeutes (occurrences 27) :

« Parce que j'ai l'impression qu'il y a aussi des glissements de pouvoir en fonction de vers où on transite. Parce que, autant les personnes qui transitent vers le masculin, qui passent d'une identité attribuée féminine au masculin, ben pour beaucoup d'entre eux, ils ont pu expérimenter quelque chose de plutôt positif, une discrimination positive qui rejoint les discriminations de... En lien avec le sexisme dans lequel on vit dans notre société. Et puis ben à l'inverse, effectivement, hein, les personnes qui ont passé une partie de leur vie dans un rôle social masculin, une identité masculine et qui transitent vers le féminin ou le neutre, ben, le disent très clairement, hein, qu'elles sentent qu'elles descendent l'échelon social sur des petites choses, c'est pas toujours des choses très graves, surtout si c'est des personnes autochtones. » (T3FG, 1085-1094)

Les **violences physiques et verbales** ont été abordées par 4 thérapeutes (occurrences 12):

« C'est que du coup j'ai entendu des personnes ben trans* par exemple, expliquer qu'elles se sont faites agressées physiquement en centre-ville de Lausanne. Moi j'hallucine, l'après-midi, qu'il y ait des gars qui les agressent physiquement en disant, ouais [lae thérapeute imite une personne agressive]... Ça c'est incroyable. Je pensais qu'on disait des choses par derrière, mais je ne pensais pas que ça arrivait fréquemment, qu'il y ait des agressions physiques vraiment. Alors ça c'est le truc qui m'a le plus marquée. » (T8, 602-606)

« Il y a beaucoup de personnes qui ont subi des violences sexuelles, physiques. Donc cette notion de la violence, elle est pas du tout, heu... Elle n'a pas disparu des récits de nos personnes, donc des discriminations très fortes. Parfois, on parle de la discrimination subtile, mais je pense qu'il faut aussi mentionner cette discrimination et de la violence forte qui est encore présente. » (T4FG, 1198-1202).

Nous avons inscrit la transphobie intériorisée dans les discriminations étant donné qu'elle est l'intériorisation des discriminations, des attitudes hostiles vécues par les personnes trans*, une appropriation des normes sociales qui excluent la transidentité et qui peut engendrer un rejet de soi. Elle n'a été abordée que par 3 thérapeutes et ne représente que 7 occurrences. Nous avons toutefois gardé cette sous-thématique de par la spécificité des questions qu'elle soulève et qui se retrouvent dans la littérature mais également en raison de ses impacts délétères importants.

« Et oui, et puis après, c'est le vécu internalisé que moi j'entends de la part de mes patientes, par exemple, de, d'avoir peur de prendre le téléphone parce que la voix va trahir d'un certain genre ou avoir peur d'aller à la piscine, sortir, enfin toutes ces choses où c'est un peu un rappel quotidien que c'est pas... Dans la société, il y a toujours cette binarité, quoi. » (T10, 214-217).

Les thérapeutes ont également évoqué les **discriminations cumulées** (évoquées par 4 thérapeutes, occurrences : 24). Plus une personne cumule les intersections entre différentes minorisations, plus elle sera discriminée. Parmi celles relevées, beaucoup découlent des inégalités sociales, notamment les inégalités de genre hommes-femmes mais également de statuts précaires comme la migration ou d'autres troubles qui engendrent des inégalités et qui s'ajoutent aux inégalités liées à leur identité de genre :

« Tu vois par exemple, en termes d'intersection, le fait que les personnes trans soient très très très très souvent aussi neurodivergentes, ben du coup là il y a une intersection particulière qui fait que là tu as une double minorisation finalement » (T9, 180-182)

« les personnes qui vivent le plus de discriminations, c'est des personnes qui les accumulent, c'est à dire moi mes patients migrants et trans, là, déjà, on voit beaucoup plus de choses au quotidien qui sont compliquées » (T3FG, 1216-1218)*

« ..., je peux penser par exemple aux troubles alimentaires, aux addictions, enfin, qu'on trouve beaucoup dans cette population-là...» (T10, 279-285).

5.4. LES POSITIONS THÉRAPEUTIQUES

En parlant de leur pratique, les thérapeutes évoquent différentes positions thérapeutiques qu'ils adoptent au cours de leurs suivis.

La première de ces positions est celle d'**apprenant**. 7 thérapeutes (occurrences : 25) évoquent le fait qu'ils apprennent de leur patientèle et spécifiquement lorsqu'il s'agit de patient·e·x·s trans*.

« L'apprentissage, je crois que c'est super important. Tout ce que ça m'a appris, tout ce que mes patients m'ont appris. Alors tous mes patients m'apprennent des choses quoi. Mais là spécifiquement en fait, je pense que ce qu'ils m'ont appris, c'est à me repositionner et à me repositionner dans c'est quoi une identité de genre, en fait. Qu'est-ce que le genre en fait ? Surtout parce qu'avant ça, je crois que je me posais pas vraiment la question. » (T2FG, 511-515).

Bien que seulement 3 thérapeutes aient évoqué leurs débuts en tant que **novices** dans la prise en charge de patient·e·x·s trans*, les 38 occurrences de cette sous-thématique démontrent que ces premières rencontres peuvent être teintées d'incompréhension ou d'approximation de la thématique.

« Je me rappelle la première fois, le premier patient que j'ai eu, premier patient trans que j'ai eu au CHUV, ça doit remonter à plus que 10 ans en arrière. C'était bizarre, c'était étrange, je comprenais pas très bien quand il a dit que... En fait, c'était une fille à la naissance, avec des organes génitaux féminins, et puis lui, il se définissait comme un homme. Il avait déjà une apparence assez masculine. Bon, j'essaie un peu de comprendre ce qu'il vit et surtout je me*

rappelle d'un moment que moi j'ai vécu un peu difficilement , qui m'avait un peu agacé, c'est qu'il s'était énervé, en tout cas il revendiquait en séance qu'il était fâché contre son père, parce que le père, il voulait pas l'appeler par "il". » (T7, 13-21)

La position d'**expert·e·x** est la catégorie la plus fournie de cette thématique (170 occurrences évoquées par 10 thérapeutes). Cela n'est pas étonnant en regard du fait que tous·x·tes les thérapeutes sont soit formé·e·x·s à cette patientèle, soit ont déjà plusieurs années d'expérience à leur actif et ont travaillé avec plusieurs dizaines de patient·e·x·s. Cette sous-thématique met en exergue le travail effectué par les thérapeutes ayant une expertise dans ce domaine et les conséquences positives sur la prise en charge des patient·e·x·s. Elle comporte, par exemple, le travail de dézoom pour prendre en compte le contexte social, la maîtrise du vocabulaire, la non-essentialisation de la personne à sa transidentité ou encore l'engagement aux côtés des patient·e·x·s trans* :

« Et puis moi ce que je fais dans mon travail c'est beaucoup ramener à quelque chose de plus large. Parce que je pense que dans nos métiers c'est sous-estimé. Et puis dans le vécu des personnes, elles le sentent, elles le ressentent directement, mais elles ne mettent pas l'étiquette en disant ah ouais mais en fait si je fais un dézoom entre guillemets, voilà la société dans laquelle je vis, donc pas étonnant que je sois angoissée, déprimée tout ce que tu veux quoi, finalement. » (T9, 274-279)

« Bon, pour avoir travaillé justement, j'ai pas de, enfin en général, j'ai pas de risque d'utiliser des mots qui pourraient vraiment faire mal ou être dans, je vais pas utiliser le mot "transsexualité" par exemple. » (T10, 124-125)

« Je résonne sur ce mot de bataille qui a été prononcé par Thérapeute 1. Enfin, bataille avec les formulaires à la rentrée scolaire parce que je pense que c'est aussi une des spécificités de cette clinique trans, on va l'appeler comme ça, c'est les batailles qu'il faut mener que nos patients mènent, ont mené, avec les autorités, avec l'état civil, avec l'école, avec euh enfin pour les... Avec la famille, avec l'entourage, pour les traitements, pour les inégalités de genres, etc. Et puis des batailles que nous menons avec ces personnes. Parce que parfois on les accompagne dans les batailles et on les encourage dans ces batailles mais parfois, on est nous-mêmes au front. » (T4FG, 620.627)*

Être un·e thérapeute trans*, à savoir directement concerné par la thématique, engendre également des spécificités dans la position thérapeutique. Bien que notre échantillon ne soit composé que de 2 thérapeutes se définissant comme personne trans*, 8 thérapeutes

évoquent le sujet (occurrences : 77) en nommant les avantages, comme de faciliter l'alliance thérapeutique mais aussi les inconvénients de cette situation, tels que les vécus personnels difficiles qui peuvent être ravivés par les vécus de leurs patient·e·x·s trans* ou, en creux, le fait d'être un·e thérapeute cisgenre qui ne permet pas de comprendre le vécu de leurs patient·e·x·s trans* de manière incarnée.

« Je me sens beaucoup plus à l'aise de pouvoir en parler [avec un·e thérapeute concerné·e]. Je sais que, à priori, je ne vais pas être pathologisé·e·x ». Ce n'est pas forcément gagné d'office hein ? On peut tout à fait être concerné soi-même et puis avoir encore de la transphobie intériorisée etc. mais en tout cas le préjugé, le préavis, je ne sais pas comment dire ça, était beaucoup plus favorable en disant oui je me sens déjà... je peux venir plus facilement vers toi parler de ça, je me sens plus en confiance et puis une autre chose souvent qui m'a été dite c'est, on voit qu'on a les mêmes références. » (T9, 123-129).

« En tant que personne cis, y'a tout un tas de choses que je ne pourrai jamais réellement comprendre de manière incarnée quoi, je peux comprendre théoriquement et par empathie, mais pas... » (T10, 338-340).

La position de **gatekeeper**, à l'instar des questions liées à la transition physique qu'impliquent la position de gatekeeper, apparaît également comme une position à part, relevée par 6 thérapeutes (occurrences : 18) comme étant une position délicate, parfois inconfortable à tenir.

« Donc je préviens les gens en disant ben voilà, toi, tu as envie d'accéder à telle prestation de transition médicale. Ben voilà je t'explique comment ça va se passer. Donc moi c'est aussi la transparence, ça veut dire ben voilà, je vais devoir pour les assurances poser ce diagnostic-là, je dis que je ne suis pas à l'aise avec ça, je ne suis pas à l'aise avec les diagnostics de manière générale mais encore moins dans ce contexte parce que ça implique de pathologiser quelque chose qui n'est pas pathologique, qui relève d'une variation, ben, normale des êtres humains.» (T9, 729-735)

La posture **réflexive** est abordée par 8 thérapeutes (occurrences : 29). Si cette posture peut être généralisée au travail de thérapeute, quelle que soit sa patientèle, nous la retrouvons régulièrement ici et elle comporte ses propres spécificités comme le questionnement sur le genre du thérapeute qu'éveille la prise en charge de patient·e·x·s trans*. Elle fait d'ailleurs écho à la position d'apprenant de par les nouvelles dimensions, les questionnements soulevés

sur des sujets qui peuvent nous sembler aller de soi et qui nécessitent un apprentissage et une réflexion. À titre d'exemples, nous retrouvons dans cette catégorie des questionnements sur l'impact de leur genre dans la thérapie ou sur le sens de ce qu'est la "féminité", "être une femme".

« Ce qui est intéressant dans cette question, venant autour des questions de genre, forcément, ça nous amène nous-mêmes à questionner le genre. Bon, le genre théorique et son genre mais pas seulement son genre par rapport à soi mais aussi son genre, c'est ce que [prénom de thérapeute] tu disais dans la société, son genre et son genre du coup, dans la relation thérapeutique. » (T5FG, 575-578)

« Et je pense que j'étais partie un petit peu de ce questionnement, est-ce que moi je sens mon genre, est ce que je sais « Je suis une femme » ça veut dire quoi ? Est-ce que c'est ce que je m'impose ? Comment est-ce que je le vis ? Et en fait de parler, surtout avec des femmes trans justement, de leur vécu de la féminité. » (T10, 399-402)*

Enfin, le dernier élément de cette thématique concerne la **position de pouvoir** que confère automatiquement le statut de thérapeute à laquelle s'ajoute, dans ce cas précis, le fait d'être cisgenre et d'avoir le pouvoir de délivrer ou non un document qui permettra à la personne trans* de poursuivre une éventuelle transition (position de gatekeeper). 8 thérapeutes développent ce sujet (occurrences : 40).

« Et moi ce qui est important pour moi, c'est toujours de me rappeler que oui, j'ai beau avoir une certaine expérience dans ces questions-là, c'est pas parce que je suis psy que je peux comprendre ce que l'autre personne vit et de ma posture. Je fais aussi partie de, de comment dire, d'ordre de domination et de dynamique de pouvoir qui font que je le veuille ou non, que je veuille aider l'autre ou non, je fais aussi partie de ceux qui sont dans l'oppression, entre guillemets, en tout cas qui sont dans le groupe privilégié. Et donc voilà d'être un peu dans ces deux choses-là. Je pense que c'est une thématique importante en tant que thérapeute. » (T10, 633-640)

« Enfin, je trouve que c'est sans cesse une remise en question de comment on va être investi de manière différente, ça dépend des personnes, ça dépend de ce qu'elles attendent de nous mais il y a un jeu, enfin, effectivement, on nous a conféré socialement un pouvoir assez important de décider de la vie des gens dans ces situations-là spécifiquement, dans d'autres, pour d'autres choses, mais en tout cas par rapport à ça. » (T1FG, 760-764)

5.5. LA FAMILLE

Bien que cette thématique soit moins importante en termes d'occurrences totale (73) dans nos données, elle est tout de même abordée par 6 thérapeutes différent·e·x·s. De plus, ce mémoire s'inscrivant dans le champ des thérapeutes de couples et familles, il nous semblait important de faire une thématique spécifique à la famille, d'autant que, dans la transidentité, la famille, premier lieu de socialisation, tient une place toute particulière. L'acceptation ou le rejet de la transidentité d'un membre de la famille peut avoir de fortes répercussions sur la personne concernée et le travail thérapeutique.

Nous avons relevé, les **aspects difficiles** en lien avec la famille comme l'incompréhension, le rejet ou l'absence de lieu sécurisant. Les thérapeutes ont relevé le bouleversement que la transidentité amène dans la vision de la famille "traditionnelle" et même dans le travail clinique, par exemple dans l'utilisation du génogramme ou lors de supervisions systémiques non spécialées (occurrences : 52 évoquées par 6 thérapeutes) :

« Les réactions des parents, de la famille, l'incompréhension, le, ouais, dans les plus difficiles, c'est les parents qui disent non mais moi je veux, enfin, je veux même pas entendre ce que ce que tu as à dire, c'est pas possible. » (T10, 268-271)

« Tu fais la différence y compris par rapport à la discrimination des étrangers, parce que l'étranger c'est pareil, il se fait discriminer partout mais pas à la maison, pas au sein de la famille. Et puis il a une communauté, même souvent une communauté où il est pas discriminé. Mais la transidentité, c'est partout et c'est pour ça que c'est tellement dévastateur et c'est pour ça que moi ça me pousse à les défendre plus. » (T7, 605-609)

« Elle [la transidentité] remet en question la projection que tes parents ont eu sur toi depuis, avant même ta naissance. Elle remet en question la reproduction, la survie du groupe familial qui est quand même l'essence en systémique. Enfin un groupe, il travaille à sa survie en général [...] Et qui est accueillie de manière... Apparemment pas hyper facilement, en tout cas au début, mais après je pense qu'il faut une petite démarche pour... [...] Un petit moment pour que les gens se retrouvent un équilibre en fait, retrouvent un nouvel équilibre relationnel et familial à l'intérieur de leur système familial par rapport à ce changement qui est quand même un changement. » (T8, 467-476)

Ce dernier extrait permet de faire le lien avec les **aspects positifs**, les thérapeutes relèvent l'évolution positive que connaît la transidentité et indiquent que les familles peuvent être à

même de dépasser le choc de l'annonce de la transidentité d'un·e de ses membres et de se montrer soutenantes en accompagnant la personne dans les démarches de transition ou en choisissant ensemble un nouveau nom par exemple. Les thérapeutes travaillent à la communication au sein de la famille, soit en faisant un travail de "traduction" pour les parents, en aidant les patient·e·x·s dans leur coming out ou encore en accompagnant la famille dans le processus visant à retrouver un nouvel équilibre familial (occurrences : 21, évoquées par 5 thérapeutes) :

« J'ai accompagné pas mal de familles, pas mal de jeunes où c'était pas tout rose dès le départ et c'était pas gagné d'avance, que ces parcours d'affirmation de soi se passent dans la bienveillance, dans l'acceptation de tous et dans le soutien. Donc, quand on arrive à ces moments, à ces acmés où les familles arrivent en gros à se dire Je t'aime envers et contre tout, moi ça me bouleverse quoi. » (T3FG, 708-712)

« Il y a des déclics qui se font, y'a des moments très touchants de compréhension, d'acceptation, de soutien. Typiquement, ben je pense à un jeune en particulier qui a changé son nom sur sa carte d'identité. Et puis il est allé avec ses 2 parents, et puis c'était un moment très beau. » (T10, 279-282).

5.6. LES BESOINS DES THÉRAPEUTES

Au fil de l'analyse de nos données, nous avons repéré 3 besoins principaux évoqués par les thérapeutes pour leur clinique.

Tous·x·tes les thérapeutes évoquent le **besoin d'avoir un réseau de soutien** (46 occurrences évoquées par 10 thérapeutes) permettant de partager les expériences et de combattre le sentiment d'isolement :

« ... je pense que moi aussi j'ai besoin de pouvoir partager avec des personnes qui ne vont pas... auprès de qui je ne dois pas justifier ou... tout expliquer en quelque sorte. Et ça, pour moi, c'est important d'avoir aussi un groupe d'appartenance avec des collègues dont je sais que je peux parler en sécurité de toutes ces thématiques. » (T4, 937-941).

« Grâce à [nom de personne] qui a sollicité ma curiosité en m'invitant à un groupe multidisciplinaire de supervision organisé par [nom de fondation] il y a 10 ans en arrière. Et puis ben voilà, j'ai mis le pied dedans, genre j'y suis plus jamais sortie et du coup j'ai essayé d'embarquer moi aussi le plus de monde possible autour de moi et mes collègues de [nom de ville]. » (T3FG, 171-175).

5 thérapeutes évoquent le **besoin d'apprentissage** (occurrences : 28), le besoin de se former à la thématique et à son vocabulaire spécifique par exemple mais également de poursuivre cet apprentissage. Cela nécessite parfois de prendre des chemins de traverse, de s'inspirer d'autres domaines ou de la littérature d'autres pays, souvent plus fournie en termes de recherche sur la transidentité que dans les régions francophones :

« Oui, j'ai dû acquérir un sacré énorme vocabulaire (rires), des choses que je ne savais même pas que ça existait. »(T8, 361-362)

« Ce qui m'aide beaucoup aussi c'est la littérature hyper radicale. Pas du tout dans le milieu psy ou peut-être, mais un peu à côté. Je sais pas, je pense au site Infokiosques, je pense au magazine Zinzin Zine qui est proposé par des anti psy. Enfin, euh, ça n'a pas forcément le lien avec la transidentité ou les questions LGBT+ de manière générale, mais ça questionne, enfin, ça questionne notre société, les rapports de domination, d'autorité et de pouvoir, enfin, tout ce dont on est en train de parler. Et moi ça me nourrit beaucoup aussi pour continuer en fait à me, à avoir de nouvelles idées enfin voilà et à comprendre aussi des résonances » (T1, 1085-1093)

Enfin, la thématique de la **supervision** a été abordée par 7 thérapeutes (occurrences : 42). Elle fait ressortir leur besoin d'être supervisé·e·x·s et, à l'instar de leurs patient·e·x·s, iels ont également besoin de supervision spécialisée afin que celle-ci leur soit profitable.

« Parce que c'est vrai que si on doit après, si on fait de la supervision je dirais un peu classique avec quelqu'un qui est pas forcément formé ou au courant de ces thématiques, ben après il faut se battre, il va falloir réexpliquer, il va falloir aussi délier ce qui est de l'absence de connaissances de la personne en face » (T6, 953-956)

[en parlant de la supervision] « ... Mais c'est vrai que dans l'absolu je ne me suis pas senti absolument complètement libre d'aborder ça. Parce qu'elle était pas concernée, ça c'est un premier niveau mais parce qu'elle était pas formée aussi. » (T9, 191-198).

6. DISCUSSION

Le but de notre recherche consiste à éclairer la façon dont les thérapeutes traitent et intègrent leurs ressentis face aux inégalités vécues par leurs patient·e·x·s trans*. Nous allons

maintenant discuter les résultats énumérés dans le chapitre précédent, notamment en les mettant en regard avec la littérature existante sur le sujet.

6.1. DES THÉRAPEUTES CONFRONTÉS AUX INÉGALITÉS SOCIALES ET AUX DISCRIMINATIONS DE LEUR PATIENT·E·X·S

Dans le cadre de notre étude, nous avons pu retrouver au sein du discours des thérapeutes toutes les différentes discriminations mentionnées dans la théorie, à savoir les discriminations sociales (hommes-femmes, exclusion, injustices, etc.), les discriminations spécifiques (mégénrage, accès aux soins, etc.) et les violences (physiques et verbales). Nous retrouvons dans leur récit les notions de transphobie relationnelle et institutionnelle, directe (due à la transidentité elle-même) et indirecte (due à l'organisation cisnormée de la société) évoquées par Alessandrin (2016, 2018). Selon cet auteur, la transphobie est le premier rouage de la discrimination et il est difficile d'y échapper tant les interactions quotidiennes sont marquées de son sceau. Il évoque même *les expériences totales de discrimination* du sociologue François Dubet (2016), à savoir qu'il ne semble pas exister d'extérieur à la transphobie tant elle est écrasante d'omniprésence. Toutefois, certaines personnes mettent à distance ces discriminations, en refusant d'être enfermées dans un statut de victime ou en les relativisant par l'humour par exemple. Cependant, qu'elles écrasent par leur lourdeur et leur fréquence ou qu'elles motivent un engagement associatif, politique ou de la rébellion, les discriminations restent un élément avec lequel toute personne trans* doit composer (Alessandrin, 2018) et que les thérapeutes doivent prendre en compte. Dans notre échantillon, les thérapeutes considèrent en effet que les personnes trans* vivent de la transphobie quotidiennement et ce, de manière permanente.

Découlant de cette omniprésence du vécu des discriminations, quelques thérapeutes de notre échantillon ont abordé la question de la transphobie intériorisée. Ce mécanisme amène les personnes trans* à s'approprier, dans leur concept de soi, les images et les expériences négatives que leur renvoie la société. À force de se retrouver exposé·e·x·s à des préjugés, du harcèlement (Brewlow et al., 2015) et de vivre avec la sensation de ne pas être conformes aux normes culturelles des identités binaires de genre, les personnes trans* finissent par en ressentir de la honte, de la dévalorisation de leur identité. Cela peut les amener à éprouver de la haine envers elleux-mêmes et à s'auto-déprécier (Bockting et al. 2020 ; Hendricks et Testa, 2012 ; Queniart-Sanchez & Van Osselaer, 2021).

La transphobie doit donc être abordée tant de manière externe qu'interne (Médico, 2014). Plusieurs thérapeutes soulignent, à ce sujet, qu'il est plus aisé de se préserver des stressseurs distaux (environnement, entourage, etc.) que des stressseurs proximaux (autocensure, transphobie intériorisée, etc.). Les premiers peuvent plus facilement être mis à l'écart, les thérapeutes expliquent que leurs patient·e·x·s peuvent par exemple trouver des lieux ou des personnes avec qui iels se sentent à l'aise et où leur transidentité est un non-sujet. Quant aux seconds, ils sont plus difficiles à déceler et à s'en départir, ce qui représente une difficulté dans la prise en charge. Les thérapeutes ajoutent également l'importance de ne pas essentialiser les patient·e·x·s à leur transidentité. Iels relatent d'ailleurs des situations de prise en charge où la question du genre était traitée très rapidement laissant la place à d'autres sujets de la vie.

En relevant les discriminations et les différentes formes de transphobie, les thérapeutes font références à des conceptions de situations vécues par les personnes trans* en des termes semblables au modèle du stress des minorités de genre et de la résilience de Testa et al. (2015) dans lequel nous retrouvons les notions de stressseurs proximaux – les facteurs de stress qui dépendent de la perception subjective de l'individu – et distaux – les facteurs de stress objectifs qui sont indépendants de l'individu (voir p. 10). Cette théorie est donc un cadre extrêmement intéressant pour aborder ces questions.

Les thérapeutes abordent également souvent le sujet du cumul de ces inégalités. En effet, les discriminations engendrées par la transidentité peuvent se cumuler à d'autres inégalités sociales. Les thérapeutes ont notamment relevé les inégalités hommes-femmes et l'origine ethnique mais ils ont également noté que certains troubles psychiques peuvent être présents, ces troubles engendrant également des inégalités sociales telles que la neurodivergence, la dépression ou encore les troubles alimentaires. C'est ici le sujet de l'intersectionnalité qu'abordent les thérapeutes. L'intersectionnalité vise à tenir compte de la complexité des identités conjuguées aux inégalités sociales en les approchant de manière intégrée et non cloisonnée ou hiérarchisée. Cette approche dépasse la simple reconnaissance de multiples systèmes d'oppressions et propose d'appréhender la réalité sociale de toutes personnes ainsi que les dynamiques sociales, culturelles, politiques et économiques auxquelles elles sont soumises (Bilge, 2009). Par exemple, les thérapeutes citent le cas des femmes trans* qui sont

confrontées à plus de discriminations que les hommes trans*, elles cumulent des inégalités transidentitaires (du fait d'être une personne trans*) et de genre (du fait d'être une femme) (Verbeek et al., 2020). Adopter une optique intersectionnelle peut se révéler efficace pour comprendre l'omniprésence des violences fondées sur le genre mais également pour identifier les mesures qui pourraient les combattre. En effet, les ressources individuelles et sociales que peuvent mobiliser les personnes concernées pour affronter les violences transphobes dépendent du genre mais également de la façon dont le genre entre en interaction avec d'autres aspects de leur identité ou de leur position sociale (classe sociale, appartenance ethnique, handicap, etc.). En prenant en compte les différentes formes d'oppression qui peuvent s'accumuler, l'approche intersectionnelle permet plus de nuances et influence la capacité de résilience, le bien-être, le sentiment d'avoir une prise sur les événements ainsi que sur la capacité de faire face au traumatisme (Fredman et al., 2016). Les thérapeutes de notre étude expriment d'ailleurs leur conscience de l'importance de ces intersections pour une meilleure prise en charge et prennent en compte le vécu de leurs patient·e·x·s dans sa globalité.

Ainsi, les propos des thérapeutes corroborent la littérature scientifique qui relève que les personnes trans* sont soumises à davantage de stress que la norme en raison des discriminations provoquées par leur identité ou expression de genre (Bize et al. 2018 ; Chaudoir et al. 2017 ; Hunter et al. 2021). Ces discriminations doivent être combattues en première intention afin de réduire leurs effets délétères sur la santé (Schmitt et al., 2014). C'est pourquoi, une compréhension approfondie du stress des minorités est essentielle pour les thérapeutes qui s'efforcent d'avoir une pratique trans-affirmative (Austin et al., 2017 ; Carmel & Erickson-Schroth, 2016). En effet, les difficultés des patient·e·x·s trans* sont souvent créées et/ou exacerbées par le stress supplémentaire de vivre en tant que personne de genre minoritaire dans une société cissexiste et peut être amplifiée par l'intériorisation de la transphobie vécue au quotidien. Il est donc important que les thérapeutes interprètent ces difficultés comme un effet du cissexisme et non comme une indication de déficience chez les personnes trans*. De cette manière, iels peuvent être en mesure de créer un lien avec leurs patient·e·x·s qui favorise l'engagement et diminue la méfiance et la réticence à parler de certains aspects de la transidentité ou encore la tendance à minimiser les éventuelles difficultés vécues (Hendricks & Testa, 2012).

Ainsi, en tant que thérapeute, accueillir une patient·e trans* signifie accueillir non seulement des problématiques identiques à toute autre personne (des difficultés interpersonnelles, existentielles, familiales, etc.) mais également des problématiques issues des discriminations, de la transphobie et de la cisnormativité de nos sociétés (D'Amore et al., 2013). Le modèle de Testa et al. (2015) permet aux thérapeutes de connaître et de prendre en compte ces dimensions spécifiques du point de vue des facteurs de stress mais également des ressources et des stratégies d'adaptations disponibles (Meyer, Schwartz & Frost, 2008) telles que l'appartenance à une communauté ou le soutien social, afin de les travailler et de les mobiliser avec leurs patient·e·x·s qui n'en ont pas toujours conscience (Chaudoir et al., 2017).

6.2. LES FACTEURS SOCIO-CONTEXTUELS ET LEUR INFLUENCE SUR LA PRISE EN CHARGE

La thématique trans* a beaucoup évolué (Alessandrin, 2020) et les changements sociétaux commencent à générer des changements d'attitude envers les personnes trans* (Clark et al., 2018), à l'image de la sortie de la transidentité de la section « troubles mentaux et du comportement » dans la CIM-11 (TGNS, 2019).

Nous sommes dans « l'ère du post-trouble » comme le relevait un·e thérapeute, peut-être même l'ère de la reconnaissance de la transidentité comme une population avec des besoins spécifiques et non plus comme une population ayant un trouble quel qu'il soit comme le relevait un·e autre. Si cette évolution, pointée par l'ensemble des thérapeutes, permet des avancées positives, tant médicales, sociales que juridiques, telle qu'une meilleure connaissance et acceptation dans certains milieux, notamment professionnels, ou comme le changement de nom facilité auprès des états-civils en Suisse, elle entraîne malheureusement certaines difficultés. Par exemple, un·e thérapeute a relevé le cas d'une personne trans* qui exprimait sa douleur de n'être pas né·e·x à la bonne époque pour bénéficier des avancées techniques et morales sur la question. Plusieurs thérapeutes ont également relevé que la démocratisation de la transidentité appelait en parallèle à une montée en puissance du discours anti-trans* relayé par les médias, impliquant des difficultés supplémentaires dans leur prise en charge étant donné la désinformation que peut contenir certains des contenus scandés par les opposant·e·s, parfois farouches, aux parcours de transition (Condat et al., 2022). En France, par exemple, une forte opposition entre la WPATH (World Professional Association for Transgender Health), et la SOFECT (Société française d'études et de prise en

charge du transsexualisme) est une des matérialisations de la controverse autour de la prise en charge des personnes trans* (Giarni & Nayak, 2019) ou, schématiquement, entre les tenants de la transidentité comme d'une diversité et les tenants de la transidentité comme un trouble (Medico, 2014). Ces questions se sont d'ailleurs invitées lors du Focus Group au travers d'un débat qui a opposé un participant qui soulevait la question de la nécessité de maintenir la mention de la transidentité dans les classifications internationales afin de garantir l'accès au remboursement des soins aux autres participant·e·x·s qui y étaient clairement opposé·e·x·s.

Un autre sujet souvent relevé dans le discours des thérapeutes est celui de l'accès à la transition physique. Actuellement, en Suisse, pour que les mesures de réassignations médicales (hormonothérapie, opération) soient prises en charge par la caisse maladie, les médecins demandent une attestation d'un·e psychiatre confirmant la transidentité et l'indication d'une réassignation (TGNS, 2023b). Ces démarches obligent les personnes trans* à consulter un·e professionnel·le·x de santé mentale et soulèvent plusieurs questions et dilemmes aux thérapeutes. Par exemple, plusieurs d'entre eux ont évoqué leurs embarras face aux questions médicales soulevées par la transition physique et d'autres ont pointé la difficulté de devoir « pathologiser ce qui n'est pas pathologique », en étant obligé de poser un diagnostic pour les assurances. Cette position, dite de gatekeeper, est l'héritage du long passé de psychiatrisation dont souffre les personnes trans* encore aujourd'hui. Toutefois, le changement de catégorie diagnostique de la transidentité dans la CIM-11 devrait apporter un peu de souplesse dans ce processus sur la base de la reconnaissance au droit à l'autodétermination sexuelle (Garcia, 2023). La question des difficultés des thérapeutes autour de la position de gatekeeping et des questions liées à la réassignation de genre se retrouve également dans une autre recherche étudiant la question de la transidentité sous l'angle des thérapeutes (Udell, 2017) et dans laquelle les thérapeutes relèvent les mêmes interrogations et difficultés.

A ces deux thématiques, propres à la transidentité, s'ajoute celle, plus large, des déterminants sociaux, ces facteurs sociaux et économiques qui influencent la santé de tout individu (Sghari & Hammami, 2016). Les thérapeutes relèvent clairement les enjeux sociétaux que soulève la transidentité, de la remise en question des normes de genre établies, de la politisation et médicalisation du sujet, qui démontrent la cisnormativité de nos sociétés patriarcales ou,

autrement dit, de l'inadaptation de la société à elleux, générant des inégalités sociales et des discriminations.

En termes de déterminants sociaux, les espaces sociaux sont par exemple une thématique qui est revenue dans le discours des thérapeutes et qui se recoupe avec la théorie (Alessandrin et Espineira, 2019). Par exemple, iels mentionnent les milieux professionnels comme des lieux non sécurisant pour les personnes trans*. Plus largement, iels relatent que leurs patient·e·x·s trans* sont sujet·te·x·s à de l'incompréhension, des regards insistants, du mégenrage et se confrontent aux espaces genrés tels que les toilettes ou les vestiaires, les ramenant systématiquement à leur différence, au fait qu'iels évoluent dans un monde cisgenre.

Les espaces de soins, qui concernent plus directement les thérapeutes, sont aussi des espaces impactés par les déterminants sociaux (Lombardi et Banik, 2015) et frappés d'inégalités et de discriminations (Thomas et al., 2017; Levitt, 2015) qui vont péjorer l'accès aux soins des personnes trans* (Lombardi et Banik, 2015). Les thérapeutes évoquent également ces difficultés liées aux espaces de soins. Un·e thérapeute regrette le manque de centres pluridisciplinaires où la prise en charge des patient·e·x·s trans* serait beaucoup plus fluide. Actuellement, au vu de la petitesse de la Suisse, les différent·e·x·s professionnel·le·x·s sont relativement éparpillé·e·x·s dans les différents cantons. De plus, les thérapeutes reconnaissent un manque de communication entre professionnel·le·x·s, rendant l'accès aux soins d'autant plus difficile.

S'agissant des espaces de soins, la pratique des professionnel·le·x·s est également impactée par ces déterminants sociaux. Les thérapeutes peuvent se sentir malmené·e·x·s et non soutenu·e·x·s par des décisions socio-politiques qui rendent leur pratique difficile, ce qui peut venir semer le trouble jusque dans la collaboration entre elleux. Plusieurs thérapeutes ont relevé les critiques que leur adressent certain·e·x·s collègues concernant la façon dont iels prennent en charge leurs patient·e·x·s, mais également des situations difficiles, dans lesquelles iels se retrouvent avec la "patate chaude", où c'est à elleux qu'il revient en dernier recours de déterminer si la personne a bien toute sa capacité de discernement pour prendre une décision jugée hors norme.

Ainsi, si la transidentité n'est pas pathologique en soi, ses conséquences sociales ne sont pas sans impact sur la santé psychique des personnes concernées et sur le travail des thérapeutes. Tous ces éléments, outre faire écho aux stressors distaux évoqués par Testa et al. (2015), montrent également la nécessité de penser à plusieurs niveaux, dans une perspective éco-systémique comme celle développée par Bronfenbrenner (1979) et évoquée par un·e de nos participant·e·x·s. Cette théorie invite à prendre en considération les nombreuses interactions environnement-individu qui s'influencent mutuellement et constamment, nécessitant une lecture d'ensemble. Il est intéressant de noter d'ailleurs que dans la version moderne de sa théorie, Urie Bronfenbrenner rajoute le modèle Processus-Personne-Contexte-Temps pour rendre compte des influences simultanées qui impactent le développement d'un individu (Bronfenbrenner & Morris, 2007). Cela renvoie à la dimension temporelle de l'évolution de la question trans* qui impacte également de manière différente les individus.

6.3. LE CAS PARTICULIER DE LA FAMILLE ET L'APPROCHE SYSTÉMIQUE

Le discours des thérapeutes témoigne des fortes discriminations qui peuvent se déployer au sein de la famille : mégenrages, rejets, maltraitances. Toutefois, iels précisent également que les familles peuvent se montrer compréhensives et soutenantes envers un·e de ses membres trans* allant jusqu'à choisir ensemble le nouveau nom de la personne concernée.

Une des particularités de la transidentité est que, contrairement à d'autres minorités (les thérapeutes citent principalement les personnes migrantes), les personnes trans* sont donc souvent discriminé·e·x·s par leur famille et leurs proches. Il s'agit là d'une différence fondamentale. Comme le dit Dayer (2014), contrairement aux problèmes de racisme par exemple, la stigmatisation vécue par les personnes trans* ne sera pas partagée par son entourage ou les sphères d'intimité dans lesquelles elles pourraient chercher du soutien et de la compréhension. Il en ressort un paradoxe entre ce lieu, « le noyau familial », qui est censé être un environnement protecteur et rassurant et qui devient finalement un lieu où des discriminations peuvent encore se déployer, rappelant encore une fois le concept d'expérience totale de Dubet (2016).

La famille, premier lieu de socialisation, joue pourtant un rôle crucial dans la vie des personnes trans* et leur parcours de transition. L'acceptation, le soutien et l'amour de la famille peuvent avoir un impact significatif sur le bien-être émotionnel, la santé mentale et le processus

d'adaptation d'une personne transgenre (Fuller et al. 2018). Des études récentes tendent à montrer qu'un soutien aux parents peut leur permettre une meilleure acceptation de leur enfant transgenre (Strifler et al, 2022 ; Tsfati & Nadan, 2021). Olson et al. (2016) montrent encore que les enfants trans* en transition sociale qui sont soutenu·e·x·s dans leur parcours n'ont qu'une minime élévation de l'anxiété et des niveaux de dépression conformes à la norme d'enfants non trans* alors que les études sur les jeunes trans* rapportent souvent des chiffres dramatiques en termes de psychopathologie (Almeida et al., 2009 ; Terada et al., 2011). Ces résultats suggèrent que la psychopathologie n'est pas forcément une fatalité au sein de ce groupe et qu'il est important d'apporter une attention particulière à la famille dans le contexte clinique.

L'importance du rôle de la famille peut également indiquer la pertinence d'une approche systémique dans la transidentité. Les thérapeutes mentionnent la remise en question de la vision traditionnelle de la famille qu'engendre la transidentité. L'un·e d'entre eux nous a parlé de son expérience au sein d'une supervision systémique classique où la superviseur·euse, non formé·e aux questions trans*, disait sa perplexité face à ces questions. Le génogramme, outil systémique bien connu, y faisait l'objet de tensions dans le cas d'une prise en charge d'un·e ado trans*, révélant au détour le caractère très genré du génogramme dans sa conception classique : des ronds pour le sexe féminin, des carrés pour le sexe masculin.

Des auteurs, tels que Mathieu et Medjkane (2020) pointent cette modification systémique des dynamiques familiales et des nécessaires réaménagements de chaque membre de la famille que provoquent le parcours de transition, parcours vécu par la personne concernée mais partagé avec ses proches. Un accompagnement systématique de l'entourage familial et social est d'ailleurs une proposition incluse dans les thérapies trans-affirmatives (Austin et al., 2017) que nous aborderons plus loin. Enfin, nous retrouvons également chez Bourgeois (2011) la mention de la pertinence des psychothérapies systémiques dans la nécessaire prise en charge systématique de la famille qui pourra tendre à une "normalisation" de l'expérience.

Il est d'ailleurs intéressant de relever qu'au début de notre recherche, nous craignons de ne pas trouver suffisamment de thérapeutes systémicien·ne·x·s travaillant avec des personnes trans*. Or, nous avons été surpris·e·s d'en trouver aussi facilement. De plus, même la thérapeute ACP de notre échantillon est également empreint·e·x·s de systémique car, outre

les outils humanistes de son axe de formation, iel se réfère au modèle éco-systémique de Bronfenbrenner et utilise l'approche narrative. Ainsi, nous nous sommes demandé·e·s si tout cela était juste une coïncidence ou si la systémique pouvait se révéler être particulièrement indiquée pour prendre en charge la complexité de la transidentité, étant donné qu'elle tend à remettre en question les systèmes établis, que ce soit ceux de notre société ou de la famille en venant questionner le mythe familial, comme le relevait un·e de nos participant·e·x·s.

6.4. DES RESENTIS MODULÉS PAR LA POSITION THÉRAPEUTIQUE

Tous les aspects abordés jusqu'ici suscitent forcément de nombreux ressentis chez les thérapeutes. Ils sont le reflet du vécu des patient·e·x·s, qui va de la révolte face au rejet familial jusqu'à la fierté d'une belle affirmation de soi, en passant par des ressentis d'impuissance face à certaines situations. Les thérapeutes indiquent également que certains ressentis face à un·e patient·e·x trans* ne leur semblent pas propres à la thématique trans* en elle-même mais liés aux caractéristiques de la personne. Il ne semble d'ailleurs pas toujours évident d'en faire cette distinction. L'expérience totale de la transidentité (Dubet, 2016) amène à une difficulté de faire parfois la part des choses entre le ressenti généré par la thématique trans* ou par d'autres caractéristiques de lae patient·e·x trans*.

Les thérapeutes sont doublement concerné·e·x·s par ce large thème des ressentis et des émotions, puisque ces sentiments agissent sur la pensée de leurs patient·e·x·s. Les thérapeutes y sont donc attentif·ve·x·s tout en étant engagé·e·x·s personnellement dans cette relation intersubjective entretenue avec leurs patient·e·x·s. (Maestre, 2002). Les ressentis sont la boussole de tout être humain et sont au cœur du processus thérapeutique (Kramer & Ragama, 2015). Ils permettent l'empathie, qui peut être définie comme « le climat émotionnel créé par la personne du thérapeute » (Kramer et Ragama, 2015, p.46), empathie qui joue un rôle central dans la qualité de l'alliance thérapeutique (Horvath et al. 2011). En somme, ces ressentis fournissent donc une grande quantité d'informations pertinentes pour la conduite de la thérapie et pour l'alliance thérapeutique (Silvestre & Vandenberghue, 2008). Il s'agit d'une dimension importante car les ressentis des thérapeutes peuvent soit engendrer des rétroactions négatives qui risquent de s'opposer au changement en renforçant les constructions du monde de chaque partie, soit, au contraire, être source de changement et la frontière entre les deux est parfois mince (Maestre, 2002). Nos données reflètent cette importante dimension. En effet, lorsqu'on les interroge, les thérapeutes évoquent une multitude de ressentis, de vécus, de résonances, qu'ils questionnent et utilisent dans leur

prise en charge tout en veillant à en réfléchir la pertinence pour ne pas les faire subir à leurs patient·e·x·s. Cela démontre leur grande implication à dialoguer, leur capacité d'empathie avec le monde de leurs patient·e·x·s trans*.

Les thérapeutes évoquent également certains ressentis en lien avec d'autres statuts minoritaires, d'autres vécus de marginalisation en général et l'homosexualité et la migration en particulier. Si le lien avec l'homosexualité peut paraître évident, nous souhaitons nous attarder un instant sur le parallèle avec la migration qui nous semble permettre d'appréhender la transidentité sous un autre angle. En premier lieu, il convient de relever que plusieurs thérapeutes de notre recherche travaillent ou ont travaillé pour une organisation œuvrant dans le domaine de la migration, ce qui favorise déjà certainement le lien avec cette thématique. Ainsi, il est intéressant de noter que les personnes migrantes vivent également de nombreuses « inégalités multi-situées » (Roulleau-Berger, 2011) et, comme le propose Jean-Claude Métraux (2011), la migration est une métaphore qui peut être utilisée dès que l'on franchit des frontières, qu'elles soient spatiales, sociales ou même temporelles. Cet auteur invite à sortir de l'obsession ambiante des différences et des hiérarchisations et évoque également la façon dont les professionnel·le·x·s de l'aide aux migrant·e·x·s se posent trop souvent en incarnation de la norme, renvoyant l'autre à ses manques. Les liens avec la transidentité sont évidents et Denise Médico (2014) préfère également la métaphore de la migration, du voyage et du métissage à celle de la métamorphose pour parler de la transidentité, pointant par-là l'aspect dynamique du chemin que représente un parcours de transidentité.

Au cours de l'analyse de nos données, nous avons pu constater que les ressentis des thérapeutes pouvaient différer selon les différentes positions thérapeutiques identifiées :

- La position de gatekeeper

Comme nous l'avons déjà abordé dans le chapitre des déterminants socio-contextuels, la position de gatekeeping ressort chez plusieurs thérapeutes comme une position soulevant une multitude de questions et de problèmes et générant principalement des ressentis difficiles. Cette position, dictée par l'organisation institutionnelle des soins adressés aux personnes trans*, ressort également comme un élément de difficulté dans une autre recherche qualitative qui aborde la question de la transidentité sous l'angle des thérapeutes (Udell, 2017). Elle est

un des exemples qui démontre la mauvaise posture dans laquelle peuvent se retrouver les thérapeutes et qui est comme un miroir de la même mauvaise posture vécue par les personnes trans*. Par exemple, cette position contraint les thérapeutes à pathologiser leurs patient·e·x·s contre leur gré, n'ayant pas d'autres solutions pour leur permettre d'accéder à des prestations que leurs besoins spécifiques exigent afin de pouvoir évoluer sereinement dans notre société binaire et cisnormée.

- La position de pouvoir

Etre thérapeute et/ou une personne cisgenre confère automatiquement certains privilèges. Les thérapeutes doivent en effet composer avec le fait qu'ils font partie de cette réalité sociale qui constitue le terreau qui module l'espoir et le désespoir des personnes trans*. Ils doivent donc, en plus, avoir une conscience des enjeux de pouvoir et des influences politiques qui traversent leur pratique. Les théories et les dispositifs thérapeutiques de la psychothérapie sont en effet davantage empreints des règles et des attentes sociétales que ce qui peut être imaginé de prime abord (Gennart & Vannotti, 2022). C'est le voyage sans fin de la déconstruction des postulats cisnormatifs, transnormatifs, des privilèges (de genre, de classe, de race, etc.) et des normes hétérocissexistes institutionnelles dans lesquelles nous baignons tous·x·tes au quotidien et qui représentent autant de barrières dans la prise en charge des patient·e·x·s trans*. Il s'agit d'un travail réflexif sur ce qui nous constitue et qui permet d'identifier nos biais, nos automatismes de pensées et qui, repérés, peuvent être minimisés ou au moins nommés, pour tendre vers une pratique plus trans-affirmative (McGeorge et al. 2020).

- La position réflexive

Cette position réflexive se retrouve également dans ce que la transidentité vient bousculer du monde binaire considéré comme immuable (Charruau, 2015). Ainsi, les thérapeutes sont poussé·e·x·s à réfléchir à leur propre genre, à se redéfinir et réfléchir à ce qui leur appartient ou à ce qui appartient au système dans ce qui émerge de l'espace thérapeutique, notamment au regard de sa propre vision et position dans la société et de ses convictions et croyances personnelles.

- La position d'apprenant·e·x

Les thérapeutes ont tous·x·tes fait remarquer qu'ils apprenaient énormément de leurs patient·e·x·s, et la recherche tend effectivement à démontrer ce fait (Hatcher et al., 2012). Dans une certaine mesure, cela semble normal, l'un·e de nos participant·e·x·s a d'ailleurs relevé les mots de Mony Elkaïm, qu'il se remémorait, disant que chaque thérapeute devrait remercier ses patient·e·x·s pour ce qu'ils leur apprennent. Toutefois, concernant la transidentité, cet aspect revêt un caractère particulier. En effet, dans la littérature, il ressort souvent que les personnes trans* doivent « éduquer » leurs thérapeutes et expliquer, voire affirmer, leur propre vision du monde, ce qui peut conduire à un arrêt de la thérapie ou à une inhibition de lae patient·e·x sur les questions de genre (Besnard-Santini, 2017). En effet, l'apprentissage mutuel patient·e·x·s-thérapeutes ne peut se faire qu'au cœur de l'alliance thérapeutique, nécessitant de la part du thérapeute la capacité de se mettre à la place de son patient·e·x (Hatcher et al. 2012). Dans le cas des patient·e·x·s trans*, se mettre à leur place nécessite une connaissance *a minima* de leur réalité et donc des notions relatives à la transidentité et de ses implications. Sans ces connaissances, le risque de propos cisnormatifs voire transphobes, même involontaires, est plus important, comme de demander « quel est votre vrai prénom ? » ou comme de réduire la personne à sa transidentité sans prendre en compte les autres identifications que ce soit l'origine ethnique, la classe ou encore la sexualité de la personne (Prieur, 2019).

- La position de novice VS d'expert·e·x

Dans notre recherche, les thérapeutes les moins expérimenté·e·x·s expriment le plus de questionnements sur la thématique en elle-même alors que les thérapeutes plus aguerri·e·x·s semblent avoir réglé ces aspects parasitants provoqués par la rencontre avec la transidentité et avoir ainsi plus d'espace interne pour se concentrer sur ce que vivent spécifiquement leurs patient·e·x·s. Trois thérapeutes ont d'ailleurs abordé leurs débuts dans ces prises en charges et nous pouvons constater cette évolution et les implications qu'une telle « digestion » engendre. Les surprises, les agacements ou les incompréhensions dus à l'ignorance du début semblent s'effacer à mesure que la thématique est comprise. La (mé)connaissance de la thématique joue donc un rôle important dans ce qu'elle réveille chez les thérapeutes, ce qui corrobore les témoignages des personnes trans* indiquant que cette (mé)connaissance est un facteur pouvant entraîner une prise en charge difficile (Benson, 2013). Ainsi, de manière générale, les thérapeutes tendent à être déstabilisé·e·x·s dans leur première rencontre avec

la thématique de la transidentité. Dans ces premières expériences, il peut être constaté de l'ignorance, des attitudes « intenses » envers les personnes trans* ou des questionnements liés à la transidentité (Sennott & Smith, 2011).

S'agissant des thérapeutes peu voire non formé·e·s, la littérature que nous avons pu récolter provient davantage du vécu des patient·e·x·s qui les ont rencontré·e·s dans le cadre d'une thérapie. Les patient·e·x·s trans* rapportent alors des expériences négatives en psychothérapie (Mizock et Lundquist, 2016). Ainsi, iels relatent de la discrimination, des préjugés tels que des déclarations offensantes, un traitement déshumanisant voire un refus catégorique de soins (Grossman & D'Augelli, 2007 ; Poteat et al., 2013 ; Shipherd et al., 2010 ; Xavier et al., 2013). Ceci se retrouve dans les discours de nos thérapeutes au travers de notre participant·e lae moins expérimenté·e qui nous a expliqué n'avoir pas eu conscience de l'étendue de la thématique trans* ni de l'ampleur des discriminations avant de commencer à se former à ce sujet. Nous avons également le discours d'un·e thérapeute qui nous a relaté son comportement en tant que thérapeute non-formé·e par le passé. Iel lui était arrivé de mégenrer ses patient·e·x·s, de commettre des micro-agressions et globalement de ne pas comprendre la transidentité. Ainsi, le manque de formation et de sensibilisation affirmative des thérapeutes semble interférer dans les soins, en aggravant les symptômes de santé mentale des patient·e·x·s trans*, en diminuant la satisfaction du traitement et en interférant avec la recherche d'aide future (Bockting et al., 2004 ; Willging et al., 2006).

- La position de thérapeute allié·e VS concerné·e·x

De plus, il convient de distinguer les thérapeutes allié·e·s (à savoir cisgenre mais formé·e·s) des thérapeutes concerné·e·x·s. Cette distinction se retrouve dans la littérature, car divers auteur·ice·s mettent en lumière l'importance de les différencier (Asta & Vacha-Haase, 2013 ; McGeorge et al., 2021). Concernant les thérapeutes cisgenres allié·e·s, il est important qu'iels aient conscience que leur statut cisgenre influencera la thérapie et qu'iels ont donc des responsabilités supplémentaires de cheminement à effectuer afin de fournir des services compétents aux patient·e·x·s trans*. McGeorge et al. (2021) ont identifié un processus de développement pour devenir un·e thérapeute allié·e qui comporte trois étapes critiques, à savoir un travail sur soi :

1. Sur les hypothèses normatives binaires
2. Sur le privilège cisgenre et l'avantage binaire

3. Sur le développement de l'identité cisgenre

Si la première étape de ce processus est pertinente pour tous·x·tes les thérapeutes, les deuxième et troisième ne sont pertinentes que pour les thérapeutes cisgenres. Ces étapes soulignent les responsabilités et le travail supplémentaires que les thérapeutes cisgenres doivent fournir pour développer des pratiques thérapeutiques plus inclusives. En effet, si de nombreux·se·s clinicien·ne·x·s trans* ont engagé une réflexion approfondie sur le rôle de l'identité de genre dans leur vie, il n'en va pas nécessairement de même pour les thérapeutes cisgenres. Les membres des groupes dominants s'engagent rarement dans une réflexion sur leurs identités dominantes parce qu'ils n'ont tout simplement pas à le faire. Il ne leur est de fait que rarement demandé de défendre ou d'expliquer ces identités (McGeorge et al., 2021).

Ces problématiques propres aux thérapeutes allié·e·s, mentionnées dans le modèle de McGeorge et al. (2021), sont relatées à diverses reprises au sein de nos données. En effet, nos participant·e·x·s relèvent l'importance d'avoir conscience de ses privilèges et d'être dans la catégorie des oppresseur·euse·s, des dominant·e·s, que le statut d'allié·e nécessite un grand travail de déconstruction en amont et qu'il faut garder en tête qu'ils ne pourront jamais vivre de manière incarnée ce que leurs patient·e·x·s trans* vivent. Nous retrouvons également dans nos données les doutes, les questionnements du début et les premières réflexions quant à ses privilèges et son statut. Un·e thérapeute nous a plus particulièrement décrit son parcours de thérapeute peu formé·e au départ, qui se trompait facilement de pronom, qui ne comprenait pas la transidentité, pour devenir aujourd'hui un·e thérapeute qui se bat pour la justice pour ses patient·e·x·s trans*. Nous retrouvons de nombreuses similitudes entre son parcours et les différentes étapes du modèle de McGeorge et al. (2021).

Concernant les thérapeutes concerné·e·x·s, il n'existe actuellement que très peu de littérature sur ce sujet. Les quelques articles qui traitent de cette thématique pointent les avantages, aux yeux des patient·e·x·s trans*, de travailler avec un·e thérapeute trans*. Il en va de même dans nos données lorsqu'un·e de nos thérapeutes concerné·e·x·s nous a relaté les retours que lui faisaient ses patient·e·s sur leur impression d'être "dans le même bateau" qu'ellui. Ces dires rejoignent les travaux de Shipman et Martin (2019) qui indiquent que, pour de nombreux·se·x·s patient·e·x·s trans*, le fait de travailler avec un·e thérapeute trans* peut être une source de connexion et de communauté, une grande source de soutien et de validation de leur identité. De plus, lorsque cela s'avère approprié, le fait que lae thérapeute révèle des

difficultés liées à la transition peut contribuer à normaliser leurs expériences. Shipman et Martin (2019) et Ali (2014) ajoutent qu'un autre avantage est que lae thérapeute trans* peut supprimer la pression de se conformer et laisser place à l'acceptation de toutes les expressions/identités de genre.

Cependant, être thérapeute trans* amène également quelques difficultés spécifiques. Un·e de nos participant·e·x·s s'est surpris à constater qu'iel n'avait quasiment que des hommes trans* dans sa patientèle et a émis l'hypothèse que ces derniers recherchaient peut-être spécifiquement un thérapeute homme. C'est ce que relève Shipman et Martin (2019) en indiquant que, parfois, les patient·e·x·s trans* sont plutôt en recherche d'un·e thérapeute cisgenre afin de pouvoir converser et avoir des moments « entre filles » ou « entre garçons ». Ces auteur·ice·x·s relatent également que les patient·e·x·s n'ont parfois pas envie de dévoiler leurs traumatismes à une personne trans* en raison de la petitesse de la communauté, ce qui a également été relevé par l'un·e de nos participant·e·x·s.

Finalement, Milton, Coyle et Legg (2005) ont mis en lumière plusieurs problématiques relevées dans le cadre de la prise en charge des patient·e·x·s LGB mais qui peuvent être mises en parallèle avec la situation des thérapeutes trans* travaillant avec une patientèle trans*. Ainsi, les thérapeutes LGB peuvent avoir certaines peurs à travailler avec une patientèle de même orientation sexuelle qu'elleux car les problèmes de ces patient·e·x·s seront potentiellement similaires aux leurs. Ainsi, transposé au cas spécifique de la transidentité, certaines résonances pourraient affecter les thérapeutes concerné·x·s de façon plus aiguë que les thérapeutes cisgenres, ce qui est encore une fois corroboré par l'un·e de nos participant·e·x·s trans* qui relatait être touché·e·x, de « résonner dans des zones compliquées ».

Ainsi, finalement, le niveau de connaissance, de déconstruction, de statut identitaire et de réflexion semble impacter la manière dont les thérapeutes abordent et vivent la transidentité chez leurs patient·e·x·s. Par exemple, nous avons pu observer que les thérapeutes les plus formé·e·x·s, qu'ils soient allié·e·s ou concerné·e·x·s, définissaient davantage la transidentité en termes de lutte et de discriminations. De plus, leurs définitions concordent également beaucoup plus avec les définitions proposées dans la littérature scientifique. Au contraire, les thérapeutes moins formé·e·s pouvaient parfois se tromper sur certains termes ou donner des définitions cisnormées. Ces constatations concordent donc avec la théorie. Selon Namaste (2000), un indicateur de l'intérêt réel des thérapeutes pour leurs patient·e·x·s est leur volonté

de s'engager dans des initiatives de soutien et de défense, de montrer activement leur position transpositive. La thématique de la bataille est d'ailleurs souvent apparue lorsque les thérapeutes parlaient de leur pratique. Ils font état d'actions concrètes en se demandant parfois si ces dernières ne dépassent pas leur rôle de thérapeute, comme le fait d'organiser des réunions de réseau pour aider lae patient·e·x à défendre sa position. En tant que thérapeute, il peut toutefois être considéré important d'avoir le courage éthique de se positionner, de témoigner face à des systèmes qui peuvent prendre des décisions injustes. L'espace thérapeutique n'est pas déconnecté de la société dans laquelle évoluent les patient·e·x·s ni même de la politique. C'est pourquoi les thérapeutes doivent non seulement prendre conscience des enjeux de pouvoir et des influences politiques qui traversent leur pratique mais également articuler l'espace thérapeutique avec l'espace institutionnel et celui des lois. Cette articulation est thérapeutique car l'action thérapeutique émerge tant du lien patient·e·x-soignant·e·x que de celui patient·e·x-entourage et patient·e·x-soignant·e·x-système socio-politique (Gennart & Vannotti, 2022). La défense sociale par les thérapeutes est d'ailleurs reconnue comme une réponse professionnelle à la marginalisation et aux inégalités dans de nombreux groupes, notamment les personnes trans* (Lee & Walz 1998 ; McWhirter, 1994).

6.5. LA FORMATION ET L'EXPÉRIENCE : DEUX PILIERS POUR UNE PRISE EN CHARGE ADAPTÉE

Mais comment s'acquièrent ces différentes positions thérapeutiques ?

Au travers de notre recherche, nous avons pu recueillir les témoignages de neuf thérapeutes expérimenté·e·x·s qui ont plusieurs années d'expériences à leur actif et ont travaillé avec des dizaines de patient·e·x·s trans*. Parmi ces neuf thérapeutes, huit ont eu l'occasion d'être formé·e·x·s spécifiquement à la clinique transidentitaire durant leur parcours académique ou professionnel et un·e n'a pas reçu de formation formelle. Nous retrouvons donc deux points communs aux thérapeutes expérimenté·e·x·s de notre échantillon: la formation et l'expérience.

Ainsi, en premier lieu, vient la formation dont tous·x·tes les thérapeutes relèvent l'importance. Elle peut prendre plusieurs formes. Il peut s'agir de cours, de lectures, d'inspiration dans d'autres thématiques mais aussi de collaboration avec les interventions et supervisions. L'échange et la formation permettent de gérer les nombreux paramètres à prendre en compte pour offrir des soins de qualité à des patient·e·x·s trans*. Tout comme l'individu ne peut vivre

seul et que les relations aux autres nous construisent et nous font exister, le travail des thérapeutes ne peut pas non plus rester isolé mais doit se conjuguer avec l'intervention d'autres partenaires (professionnel·le·x·s, familles, etc.) qui implique de s'adapter au jeu complexe de la coopération (Gennart & Vannotti, 2022).

Toutefois, si la plupart des thérapeutes mentionnent l'importance d'être formé·e·x·s, iels se sont peu épanché·e·x·s sur le sujet. Nous avons pu recueillir deux éléments: l'apprentissage d'un vocabulaire spécifique à la transidentité ; et une meilleure appréhension et compréhension du vécu des personnes trans*.

Cependant, en prêtant une plus grande attention à leurs propos, nous pouvons déceler en filigrane dans leurs discours, des recommandations qu'iels considèrent communément comme étant importantes dans la posture des thérapeutes. Ces conseils ou sorte de « règles à suivre », se retrouvent dans l'approche trans-affirmative. Un·e thérapeute a d'ailleurs directement mentionné cette approche comme étant celle qu'iel suit dans sa pratique avec cette patientèle.

Ainsi, parmi les éléments retrouvés dans cette approche et les plus cités par les thérapeutes, nous avons l'importance de réfléchir autour de l'intersectionnalité et des enjeux sociétaux. Les auteur·ice·x·s décrivent ces éléments comme étant le fait de développer une compréhension des connaissances relatives aux contextes politiques, historiques et psychosociaux dans lesquels leurs patient·e·x·s vivent et travaillent (Ali, 2014). Nous trouvons également le fait d'avoir conscience, en tant que thérapeute, de ses propres privilèges et effectuer un travail de déconstruction à ce sujet, à savoir de s'engager dans une auto-réflexion concernant ses privilèges par rapport à leur genre et envisager la possibilité de voir leur position contestée indirectement ou directement (Ali, 2014). Ensuite, lors du focus group, plusieurs thérapeutes ont mentionné avoir été formé·e·x·s par d'autres thérapeutes, ce qui se retrouve dans les guides comme étant le fait d'assurer la formation d'autres personnes sur le terrain (Ali, 2014). La plupart des thérapeutes ont également indiqué militer pour la cause trans* et aux côtés de leurs patient·e·x·s trans*, en faisant partie d'association ou en intervenant auprès de structures dans lesquelles leurs patient·e·x·s évoluent. Par exemple, une·e·x·s thérapeute nous a relaté avoir pris la défense d'un de ses patient·e·x qui était un adolescent vivant dans un foyer où les adultes y travaillant le mégenraient et lui manquaient de respect en raison de son identité trans*. Ce point est décrit dans les guides comme étant le fait de s'engager dans des activités de plaidoyer et d'offrir une psychoéducation à l'autodéfense pour leurs patient·e·x·s (Ali, 2014). D'ailleurs, selon Namaste (2000), l'engagement des thérapeutes dans des initiatives de soutien et de défense est un aspect important de leur travail. Leur défense sociale

est reconnue comme une réponse professionnelle à la marginalisation et aux inégalités dans de nombreux groupes, notamment les personnes trans* (Lee & Walz 1998 ; McWhirter, 1994).

Plusieurs thérapeutes ont mentionné que la formation leur avait permis de se familiariser avec un vocabulaire spécifique, cela fait écho à une recommandation présente dans les guides, qui proposent de se familiariser avec la terminologie en constante évolution utilisée par les personnes et les communautés transgenres (Ali, 2014).

Finalement, concernant l'accès aux soins, plusieurs thérapeutes ont mentionné diverses stratégies pour faciliter le vécu de leurs patient·e·x·s. Ainsi, un·e thérapeute explique préparer au mieux, en amont, l'administration autour des assurances concernant les processus de transitions physiques afin de décharger les patient·e·x·s de cette pression supplémentaire. Un·e autre thérapeute mentionne sur son site des informations sur ellui-même qui permettront aux patient·e·x·s trans* de se sentir plus en sécurité avec ellui, en détaillant ses statuts identitaires. Dans les guides, cette pratique est décrite comme étant le fait d'établir des politiques et des procédures pour améliorer l'accès et la qualité des soins pour les personnes trans* (Ali, 2014). Cela fait aussi écho à la recommandation de faire preuve de souplesse et de stratégie dans l'utilisation des normes de soins et des normes officielles formulée par la WPATH pour une prise en charge compétente des patient·e·x·s trans* (Ali, 2014).

Ainsi, nous retrouvons dans le discours des thérapeutes une multitude d'actions et de réflexions qu'ils ont mises en place et pratiquées, afin de rendre le vécu de leurs patient·e·x·s meilleurs et de travailler au mieux avec elleux.

Finalement, nous avons constaté que dans le discours des huit thérapeutes que nous avons considéré·e·x·s comme expérimenté·e·x·s et formé·e·x·s à la thématique trans*, ainsi que la neuvième que nous avons considéré·e·x·s comme expérimenté·e·x·s mais sans avoir reçu de formation professionnelle, tous·x·tes ont cité des éléments figurant dans les guides de l'approche trans-affirmative. Ainsi, cette approche semble communément admise au sein de la communauté des thérapeutes spécialisé·e·x·s dans la prise en charge des patient·e·x·s trans*. Cela nous amène au second point très important qui va influencer l'évolution d'un·e thérapeute vers une posture plus expérimentée: l'expérience de la rencontre avec les patient·e·x·s.

Si la formation est un point primordial et nécessaire à une bonne prise en charge de la patientèle trans*, elle ne fait pas tout. Lae thérapeute lae moins expérimenté·e de notre

échantillon a débuté des formations depuis déjà plusieurs mois, mais n'est pas encore dans une posture que l'on pourrait qualifier d'expérimentée concernant la prise en charge de cette patientèle. Cela peut s'observer par les approximations de vocabulaire employé durant l'entretien, certaines de ses réflexions, telles que de considérer la transidentité comme étant "une inégalité comme une autre" et tout simplement par le fait qu'il indique spontanément être novice en la matière. Il s'agit-là d'un comportement qui est qualifié dans la littérature par les patient·e·x·s comme étant celui le plus à risque d'expériences négatives en psychothérapie (Grossman & D'Augelli, 2007 ; Poteat et al., 2013 ; Shipherd et al., 2010 ; Xavier et al., 2013).

Il peut y avoir plusieurs pistes d'explications au sujet de la posture de ce·tte thérapeute. En effet, se former peut prendre du temps, et il lui en faut peut-être simplement davantage. Pour autant, au travers de notre analyse, c'est une autre hypothèse qui se dessine. Le manque d'expérience est peut-être ce qui manque réellement à ce·tte thérapeute, expérimentée dans d'autres domaines. En effet, iel n'a eu l'occasion de travailler avec des patient·e·x·s trans* qu'à trois reprises et chaque fois, ce n'était pas pour des problématiques spécifiques à leur identité trans*. De fait, il apparaît que l'expérience est un élément clé dans le développement d'une bonne prise en charge des patient·e·x·s trans*. Un·e autre thérapeute a également mentionné que connaître la théorie ou l'appliquer dans la rencontre avec les patient·e·x·s étaient deux choses bien différentes.

Un autre résultat de notre analyse va également dans ce sens. Comme mentionné plus haut, un·e thérapeute de notre échantillon n'a pas reçu de formation formelle. Cependant, au vu de son discours, du nombre d'années et de patient·e·x·s qu'iel a rencontré, nous avons pu lae considérer comme étant un·e thérapeute expérimenté·e. Dans ce cas particulier, c'est sa grande expérience avec les patient·e·x·s trans* qui lae différencie de lae thérapeute novice. Cela fait plus de quinze ans qu'iel travaille avec cette patientèle et iel a pris en charge environ une vingtaine de patient·e·x·s. C'est ce·tte thérapeute qui nous a expliqué son parcours et parlé de ses doutes et questionnements du début et qui, en rencontrant des patient·e·x·s trans*, a commencé à réfléchir à ses privilèges et son identité de genre. Iel est passé d'un·e thérapeute qui se trompait de pronom et ne comprenait pas la transidentité, à un·e thérapeute qui se bat aujourd'hui pour la justice de ses patient·e·x·s trans*.

Encore une fois, cela montre que l'expérience peut également être une manière de se former pour les thérapeutes. Il est toutefois à noter que ce·tte thérapeute a indiqué faire partie de la communauté LGBT, ce qui peut avoir joué un rôle dans son évolution spontanée sur ces questions. Quoi qu'il en soit, cela fait écho aux discours des thérapeutes qui disent apprendre

de leurs patient·e·x·s, point qui a déjà été discuté dans le cadre de la posture d'apprenant·e·x des thérapeutes (p.45).

Ainsi, la rencontre avec des patient·e·x·s est une réelle source de richesse pour le développement de la posture thérapeutique avec cette patientèle. Néanmoins, nous tenons à souligner que, comme l'explique Dickey (2017) et comme déjà abordé dans notre analyse sur la posture apprenante des thérapeutes (p.45), les patient·e·x·s trans* ne devraient pas être la principale source d'éducation des thérapeutes. Cela est encore souvent le cas dans le domaine de la médecine transidentitaire mais les thérapeutes devraient prendre leurs responsabilités et chercher une formation appropriée et ciblée sur la santé des personnes trans*.

6.6. DE L'IMPORTANCE DES SUPERVISIONS SPÉCIFIQUES ET DES RÉSEAUX DE SOUTIEN

Lorsque nous avons questionné les thérapeutes sur la manière dont iels traitaient leurs différents ressentis, deux éléments, outre l'apprentissage continu, sont apparus de manière prégnante. Neuf thérapeutes ont répondu qu'ils utilisaient les supervisions et certain·e·x·s ont également mentionné leur besoin de réseaux de soutien.

Les supervisions sont investies par les thérapeutes comme des lieux où iels peuvent se décharger des émotions qui les ont habitées lors de séances avec des patient·e·x·s trans*. Iels relatent également que les supervisions leur permettent de confronter leurs ressentis ou de discuter de la manière dont l'autre aurait procédé dans la situation. Ainsi, iels expriment le besoin de supervisions afin d'avoir un espace où s'exprimer lorsqu'ils font face à des ressentis plus difficiles.

Cependant, une problématique est souvent revenue dans le discours des thérapeutes au sujet des supervisions, celle de l'importance d'être en présence de personnes connaisseuses, voire expérimentées, à savoir d'être supervisé·e·x·s par des thérapeutes ayant été formé·e·x·s à la thématique trans* et à la prise en charge des patient·e·x·s trans*. Iels parlent donc d'un besoin de supervision spécifique.

Il s'agit d'un sujet encore très peu traité dans la littérature francophone et la littérature américaine et canadienne s'y est certes attelée mais cela reste insuffisant selon les auteur·ices·x·s (Singh & Dickey, 2017). Nous pensons que cela peut s'expliquer par le fait que les patient·e·x·s trans* constituent une minorité dans la patientèle rencontrée par les thérapeutes en général et les problématiques rencontrées par les thérapeutes travaillant avec

des personnes trans* constituent également une thématique minoritaire dans les intérêts des chercheur·euse·x·s en psychologie.

Néanmoins, nous avons pu recueillir quelques éclairages autour de cette supervision particulière nommée « supervision affirmative » dans la littérature et considérée comme nécessaire dans le travail avec une patientèle trans* (Burnes et al., 2017).

Concrètement, la supervision affirmative reprend les recommandations des guidelines sur l'approche trans-affirmative pour les appliquer dans le cadre des supervisions (Burnes et al., 2017; Chang, Singh & Dickey, 2016; Shipman & Martin, 2019). Par exemple, elle implique d'accorder de l'importance à la compréhension de l'intersectionnalité et du développement de l'identité de genre (Burnes et al., 2017). Elle représente un espace pour l'exploration et la compréhension de ses visions du monde personnelles et professionnelles et représente des opportunités d'accroître la sensibilisation, la perspicacité et la capacité à fournir des services de santé mentale multiculturellement compétents (Burnes, Wood, Inman et Welikson, 2013).

D'ailleurs, selon Bernard et Goodyear (2019), il existe effectivement des parallèles entre la relation de supervision et la relation thérapeutique qui partagent des propriétés isomorphes. Iels expliquent que si l'on considère qu'il s'agit dans les deux cas de lieux où l'on vient chercher du soutien et où il existe des différences de pouvoir, de nombreuses dynamiques de la relation thérapeutique peuvent être comparables à la relation de supervision. Ainsi, la définition d'une thérapie affirmative se rapproche de celle d'une supervision affirmative. Elle est définie comme étant une approche de la thérapie qui à la fois embrasse une vision positive et célébrative des diverses identités trans*, mais cherche aussi à aborder activement les influences négatives que le cissexisme et la cisnormativité ont sur la vie des patient·e·x·s (McGeorge et al., 2020).

Finalement, les guidelines recommandent également aux thérapeutes de chercher de manière proactive la consultation et/ou la supervision de professionnels compétents dans le travail avec les personnes trans* afin de s'assurer que leurs propres préjugés ou manques de connaissances n'affectent pas négativement la relation d'aide. Cela illustre la grande conscience de soi que doit avoir la psychologue avant de s'engager auprès de patient·e·x·s trans* (Singh & Burnes, 2010).

Les participant·e·x·s donnent plusieurs explications quant à ce besoin de supervision affirmative. A titre d'exemple, un·e thérapeute explique que dans le cadre d'une supervision classique, iel va se retrouver à devoir se battre, réexpliquer, délier ce qui est de l'absence de

connaissances dans le discours de la personne en face. A ce propos, Singh et Dickey (2017), relèvent qu'il arrive fréquemment, que des psychologues hésitent à discuter de leurs préoccupations cliniques concernant leurs patient·e·x·s trans* car les superviseur·euse·x·s peuvent être susceptibles de les pathologiser, ne pas être positifs dans leurs recommandations ou risquent de ne pas voir la nécessité d'interventions appropriées. En résumé, iel devra faire un travail d'éducation auprès de son ou sa superviseur·euse·x, ce qui devient une charge mentale supplémentaire.

Un·e autre participant·e·x a relaté son vécu en tant que thérapeute·x trans*. Iel s'est restreint·e·x de parler de sa transidentité lors de ses supervisions car iel faisait face à une superviseuse qui n'était pas formée en la matière. Iel explique même que, par la suite, cette même superviseuse a finalement suivi une formation spécifique et s'était excusée, ayant réalisé qu'elle l'avait à plusieurs reprises mégenré·e·x et qu'il aurait été possible d'aborder d'autres sujets si elle avait été ouverte et formée à ces thématiques.

Concernant cette problématique, Satterly et Dyson (2008), expliquent que les thérapeutes trans* rencontrent régulièrement des superviseur·euses cisgenres qui n'ont donc pas été confronté·e·s aux mêmes types de problèmes qu'elleux. Selon l'orientation théorique des superviseur·euse·s, cela peut amener différentes problématiques, telle que de ne pas trouver pertinent de discuter de l'impact d'éventuels messages transphobes en thérapie, de ne pas voir l'importance d'envisager l'auto-divulgence de son identité trans* ou d'avoir des opinions bien arrêtées à ce sujet.

En ne prenant pas ces éléments en considération, lae superviseur·euse·x peut, sans le savoir, réduire au silence son·sa·x supervisé·e·x et doit donc rester ouvert·e·x à l'idée d'en apprendre davantage sur les expériences des supervisé·e·x·s (Garcia et al., 2009) car des croyances rigides non examinées concernant le genre pourraient compliquer la relation superviseur-supervisé·e·x (Shipman & Martin, 2019).

Finalement, les auteur·ice·x·s mettent en lumière une similitude entre les supervisions affirmatives et le cas des superviseur·euse·x·s qui ne comprennent pas le contexte culturel, causant des défis cliniques pour les patient·e·x·s qui sont ethniquement différent·e·x·s (Singh et Dickey, 2017). Nous retrouvons ici un parallèle avec la migration que nous avons déjà croisé dans notre analyse des ressentis (p.44).

Lawless, Gale et Bacigalupe (2001) déclarent que, comme pour les défis de la supervision liés à la race et à la culture, un manque de compétence adéquate dans ce domaine risque de marginaliser davantage les personnes trans* supervisé·e·x·s. La supervision doit être un

espace pour répondre aux besoins du·de la supervisé·e·x, tout comme lae thérapeute doit répondre aux besoins de sa·son client·e·x, ce qui nécessite des compétences adéquates (Shipman et Martin, 2019). Ce doit également être un espace qui favorise le développement de compétences pour aborder les systèmes de privilèges et d'oppression (Garcia et al. 2009) sans craindre que le manque de conscience du·de la superviseur·euse n'affecte ses évaluations (Satterly & Dyson, 2008).

Le second point évoqué par nos participant·e·x·s était le besoin de réseaux de soutien. Ce besoin des thérapeutes de rallier d'autres thérapeutes à la cause transidentitaire, de se trouver une communauté à former sur ces questions afin de pouvoir échanger en sécurité. Iels relatent donc un besoin de supervisions formelles mais aussi informelles, un besoin de collaboration, d'un environnement sécurisant et de groupes d'appartenance. Cela n'est pas sans rappeler la théorie du stress des minorités de genre. En effet, selon Testa et al. (2015) les minorités de genre ont besoin de se regrouper autour d'une identité minoritaire qui génère de la solidarité, une cohésion de groupe et qui peut être un facteur protecteur contre les effets négatifs du stress mais permet aussi une identification avec les membres de la minorité et de faire l'expérience d'un environnement social non stigmatisant.

Nous avons encore pu constater au travers du discours des participant·e·x·s qu'iels représentent une minorité au sein de la population de psychothérapeutes en Suisse. En effet, il y a très peu de professionnel·le·x·s formé·e·x·s aux questions transidentitaires. Ainsi, à partir de ce constat, nous pensons que ce besoin de communauté relaté par les thérapeutes pourrait s'expliquer par un besoin de savoir qu'iels ne sont pas seul·e·x·s face à la complexité de la thématique trans* et qu'iels ont des allié·e·x·s vers qui se tourner en cas de besoin.

6.7. SYNTHÈSE

Notre recherche proposait d'explorer « comment les thérapeutes traitent et intègrent leurs vécus face aux inégalités dont font l'objet leurs patient·e·x·s trans* ? ».

Nous avons tout d'abord pu voir que les thérapeutes rencontré·e·x·s, tous·x·tes formé·e·x·s et/ou expérimenté·e·x·s, sont au fait et aux prises avec les inégalités sociales et discriminations vécues par leurs patient·e·x·s et qu'iels résonnent à l'unisson avec elleux. En effet, iels sont capables d'identifier et d'exemplifier toutes les inégalités que nous avons pu trouver dans la littérature et leurs vécus/résonances/émotions reflètent la multiplicité des

situations variant des plus grandes difficultés aux plus grandes joies montrant leur grande empathie nécessaire à l'alliance thérapeutique.

Les thérapeutes sont également au fait du contexte socio-médico-politico-juridique qui a un fort impact sur les personnes trans*, contexte qui s'invite dans les pratiques thérapeutiques et qui nécessite d'être connu et pris en compte pour comprendre le vécu des patient·e·x·s trans*. Le cas particulier de la famille a été mis en exergue étant donné son importance dans la thématique et son fort potentiel protecteur des difficultés rencontrées par les personnes trans* si elles peuvent y trouver soutien et compréhension. Cela a permis de faire le lien avec l'approche systémique et de sa pertinence dans la transidentité.

De plus, la thématique trans* nécessite un apprentissage spécifique, tant dans ses concepts que dans son vocabulaire, comme une nouvelle langue à s'approprier. Une langue comporte ses propres visions du monde, ses propres règles et ses tournures qui doivent s'apprendre (Mucchielli, 2013). Et comme toute langue que l'on apprend, c'est en la pratiquant que l'on acquiert l'aisance et la fluidité pour la manier et l'utiliser. Au cours de notre recherche, nous avons pu remarquer, ce que confirme la théorie, que le niveau de formation et d'expertise impactent la façon d'aborder et de prendre en charge une personne trans*. Ainsi, un·e thérapeute débutant ses premières expériences avec des personnes trans* devra a minima être formé·e sur ces questions mais il lui sera également nécessaire d'acquérir de l'expérience pour avoir l'habitude de manipuler les concepts et le vocabulaire ainsi que d'être à même d'appréhender cette thématique qui tire sa complexité des imbrications des niveaux individuels et socio-médico-politico-juridiques. En effet, même s'il peut exister des formations, des guidelines ou des articles qui permettent de renseigner et guider les thérapeutes dans une approche trans-affirmative, la pratique fait apparaître de multiples zones de flous ou de cas particulier qui questionnent même les thérapeutes spécialistes du domaine.

Pour faire face à cette patientèle spécifique et traiter leurs vécus, les thérapeutes – comme tout thérapeute – utilisent les outils à leur disposition, notamment l'humilité, l'introspection et le dialogue avec leurs collègues, que ce soit de manière informelle – autour de la machine à café –, sous forme d'intervision ou de supervision. Toutefois, ce dialogue doit nécessairement être soutenu par des collègues qui soient également formé·e·x·s à la thématique. Iels doivent pouvoir bénéficier d'une supervision affirmative pour permettre un échange constructif et

fructueux qui permettra, en retour, d'ouvrir le champ des possibles que ce soit pour les thérapeutes ou pour les patient·e·x·s.

Ainsi, plusieurs parallèles entre les besoins des patient·e·x·s trans* et les thérapeutes ont pu être observés. Tout d'abord, nous avons pu constater le peu de recherches dans la littérature francophone et anglophone qui donne la parole aux thérapeutes ou font état de leurs pratiques de leur point de vue. Ainsi, comme pour leur patient·e·x·s, iels doivent faire preuve d'ingéniosité pour trouver leur chemin, leurs sources d'inspiration ou encore leurs exemples à suivre. Nous pouvons également relever les aspects minoritaires, le besoin de communauté, la nécessité de s'entourer de personnes « safes » pour pouvoir échanger sans devoir se battre ou se justifier quant à leur vision de la transidentité. Enfin, si les patient·e·x·s méritent une approche trans-affirmative pour une prise en charge compétente et respectueuse de leur unicité, les thérapeutes ont également besoin d'une approche de supervision affirmative pour qu'ils puissent élaborer et réfléchir aux situations qu'ils rencontrent de manière compétente et respectueuse de leur travail.

7. CONCLUSION

En conclusion, ce travail nous a permis d'explorer le vaste sujet que représente le vécu des thérapeutes face aux inégalités dont leurs patient·e·x·s trans* font l'objet et de la façon dont iel l'intègre à leur pratique. Nous avons pu constater les spécificités inhérentes à la prise en charge de cette patientèle et la grande importance d'une approche trans-affirmative. Nous avons également pu mettre en lumière qu'il s'agit d'une clinique qui rencontre actuellement beaucoup de changement en raison, notamment, de sa récente sortie de la section des troubles mentaux dans la CIM-11. Cela a amené de nouveaux questionnements entre autres autour de la prise en charge des assurances et du rôle de gatekeeper. Néanmoins, il est à espérer qu'un regard moins pathologisant puisse faciliter tant la vie des personnes concerné·e·x·s que celle des personnes qui les accompagnent.

Cette recherche ne se veut toutefois pas exhaustive et n'est pas sans défaut ni limite. Tout comme la clinique trans*, le travail de recherche bénéficie de l'expérience et de la formation. Deux éléments qui sont encore en construction et en évolution pour nous, encore étudiant·e·s. De plus, concernant notre échantillon de thérapeutes, il est à relever que, à quelques exceptions près, tous·x·tes les thérapeutes se connaissaient et collaboraient ensemble, ce qui a pu avoir un effet trop important d'homogénéité sur les discours, notamment lors du Focus

Group. Cela a pu biaiser nos résultats et influencer l'obtention potentielle d'un panel de réponses plus hétérogène et plus singulier. Néanmoins, cela démontre qu'il y a une certaine constance dans le vécu des thérapeutes travaillant avec cette patientèle.

De plus, le Focus Group ayant finalement eu lieu en ligne pour des raisons géographiques et de contraintes d'agenda, nous pensons qu'un tel setting bénéficierait du présentiel qui pourrait apporter encore plus de richesse, notamment en permettant des échanges directs entre les participant·e·x·s et en faisant émerger des thématiques qui ne faisaient pas partie de notre canevas.

Finalement, cette recherche aura peut-être été une première approche de la question. Elle nous a donné envie d'aller plus loin et il pourrait être intéressant de creuser la piste des vécus mais en ciblant une ou quelques inégalités sociales ou discrimination. En effet, le sujet est tellement vaste que nous n'avons pas eu le temps – et parfois pas la présence d'esprit sur le moment – de creuser un sujet ou un autre lors des entretiens. Il pourrait également être intéressant d'approfondir la façon dont les thérapeutes intègrent concrètement ces résonances à la thérapie et quelles conséquences ils observent sur les patient·e·x·s et sur leur travail clinique.

Ce travail consistait en une exploration de la manière dont les thérapeutes font face aux évolutions sociétales. Nous avons choisi de travailler sur la transidentité, les personnes trans* vivant une multitude d'inégalités. Il aura, nous l'espérons, apporté un éclairage et donné la voix aux thérapeutes mais également la voix aux personnes trans* dans le regard des thérapeutes, ce qui n'est pas légion dans la littérature scientifique sur le sujet.

8. REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier toutes les personnes qui nous ont accompagné·e·x·s au cours de ce travail que ce soit par leur participation active, leur soutien, leurs conseils ou leur réflexion et particulièrement à M. Tettamanti pour ses conseils avisés et son soutien ainsi que tous·x·tes les thérapeutes rencontré·e·x·s pour leur disponibilité et leur bienveillance.

*Transfuge du patriarcat
La fin de l'ère du trouble sème le trouble
Comme à l'époque où Butler troublait le genre...*

*Nous, professionnel·le·xs, sommes engagé·e·xs à vos côtés
Investi·e·xs, mobilisé·xs, prêt·e·xs à batailler
En Courage de ce que vous nous inspirez*

*Pour prendre des chemins de traverse
Empruntons la voie du compagnonnage
Avec notre regard de tendresse
Et en retour, beaucoup d'allégresse*

*Vous nous poussez en avant
Faites sauter nos conventions
Bousculez nos propres repères
Pour les retrouver riches et déconstruits*

*Impuissance face aux souffrances
Héritées d'une société cis-hétéro-normée
Pas tout à fait prête pour la diversité*

*Nous luttons pour l'inclusivité
Pour toute les manières d'exister
Et pour porter la voix des minorités
Discriminées, invisibilisées, discréditées*

*Uni·e·xs contre l'oppression
Qui lentement trace son sillon
Dans les âmes*

*Merci à nos précieux·ses allié·e·xs
Dans les méandres d'une cuisine de cabinet
En ligne, en groupe d'intervision, au café,
Brochures radicales en soutien à la pensée
On en rit, on en pleure, on grandit*

*Avant tout, on se bat pour l'amour
Pour un parent qui dit à son enfant
"Je t'aime envers et contre tout"*

(Poème réalisé par un·e thérapeute à la suite de sa participation au Focus Group)

9. BIBLIOGRAPHIE

- Acocella, I. (2012). The focus groups in social research: advantages and disadvantages. *Quality & Quantity*, 46(4), 1125-1136.
- Alessandrin, A. (2016). La transphobie en France : insuffisance du droit et expériences de discrimination. *Cahiers du Genre*, 60, 193-212. <https://doi.org/10.3917/cdge.060.0193>
- Alessandrin, A. (2018) *Sociologie des transidentités*. Le Cavalier bleu éditions.
- Alessandrin, A. (2020). Transidentités : histoire d'une catégorie. Encyclopédie d'histoire numérique de l'Europe. ISSN. 2677-6588. <https://ehne.fr/fr/node/12504>
- Alessandrin, A., & Espineira, K. (2019). *Sociologie de la transphobie*. Maison des Sciences de l'Homme d'Aquitaine.
- Alessandrin, A., Espineira, K., & Raibaud, Y. (2015). *Sociologie de la transphobie*. Maison des Sciences de l'Homme d'Aquitaine. <https://doi.org/10.4000/books.msha.4833>
- Alessandrini, E. & Mendelson, J. (2014). Le psychologue clinicien en institution : panser le lien. *L'information psychiatrique*, 90, 789-796. <https://doi.org/10.1684/ipe.2014.1266>
- Ali, R. M. C. (2014). *A transpositive approach to therapy with transgender clients: An exploration of therapists' subjective experiences*. The University of Western Ontario (Canada). Electronic Thesis and Dissertation Repository. 1979. <https://ir.lib.uwo.ca/etd/1979>
- Almeida, J., Johnson, R. M., Corliss, H. L., Molnar, B. E., & Azrael, D. (2009). Emotional distress among LGBT youth: The influence of perceived discrimination based on sexual orientation. *Journal of youth and adolescence*, 38, 1001-1014.
- APA - American Psychological Association. (2015). Guidelines for Psychological Practice with Transgender and Gender Nonconforming People. *American Psychologist*, 70 (9), 832-864. doi: 10.1037/a0039906

- Asta, E. L., & Vacha-Haase, T. (2013). Heterosexual ally development in counseling psychologists: Experiences, training, and advocacy. *The Counseling Psychologist*, 41(4), 493-529.
- Austin, A., Craig, S. L., & Alessi, E. J. (2017). Affirmative cognitive behavior therapy with transgender and gender nonconforming adults. *The Psychiatric Clinics of North America*, 40(1), 141–156. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2016.10.003>
- Benson, K. E. (2013). Seeking Support : Transgender Client Experiences with Mental Health Services. *Journal of Feminist Family Therapy*, 25(1), 17-40. <https://doi.org/10.1080/08952833.2013.755081>
- Bernard, J. M., & Goodyear, R. K. (2019). *Fundamentals of clinical supervision* (6th ed.). Boston, MA: Allyn& Bacon.
- Berry, K., & Warren, J. T. (2009). Cultural studies and the politics of representation: Experience↔subjectivity↔research. *Cultural Studies? Critical Methodologies*, 9(5), 597-607.
- Besnard-Santini, T. (2017). *Sexe et genre sur le divan: Théories du sexuel dans le discours de la clinique psy en France contemporaine*. L'harmattan
- Bilge, S. (2009). Théorisations féministes de l'intersectionnalité. *Diogenes*, (1), 070-088.
- Bigner, J. J., & Wetchler, J. L. (Eds.). (2012). *Handbook of LGBT-affirmative couple and family therapy*. Routledge.
- Bize, R., Volkmar, E., Berrut, S., Medico, D., Balthasar, H., Bodenmann, P. & Makadon, H. J. (2018) Soins de qualité pour les personnes lesbiennes, gay, bisexuelles et transgenres. Dans Bodenmann, P., Jackson, Y. & Wolff, H. (dirs), *Vulnérabilités, équité et santé*. 173-185. RMS Editions.
- Blumer, M. L., Green, M. S., Knowles, S. J., & Williams, A. (2012). Shedding light on thirteen years of darkness: Content analysis of articles pertaining to transgender issues in marriage/couple and family therapy journals. *Journal of Marital and Family Therapy*, 38, 244-256.

- Bockting, W., Robinson, B., Benner, A., & Scheltema, K. (2004). Patient satisfaction with transgender health services. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 30, 277–294. <http://dx.doi.org/10.1080/00926230490422467>
- Boe, J. L., Ellis, E. M., Sharstrom, K. A., & Gale, J. E. (2020). Disrupting Cisnormativity, Transnormativity, and Transmisogyny in Healthcare: Advancing Trans Inclusive Practices for Medical Family Therapists. *Journal of Feminist Family Therapy*, 32(3-4), 157-175. <https://doi.org/10.1080/08952833.2020.1848051>
- Bourgeois, M. (2011). Le spectre des dysphories de genre. *La transidentité—Des changements individuels au débat de société*. Paris, France: L'Harmattan.
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Utilisation de l'analyse thématique en psychologie. *Recherche qualitative en psychologie*. 3(2), 77-101. doi : 10.1191/1478088706qp063oa
- Breslow, A. S., Brewster, M. E., Velez, B. L., Wong, S., Geiger, E., & Soderstrom, B. (2015). Resilience and collective action: Exploring buffers against minority stress for transgender individuals. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 2(3), 253-265.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Harvard university press.
- Bronfenbrenner, U., & Morris, P. A. (2007). The bioecological model of human development. *Handbook of child psychology*, 1, 793-828.
- Burnes, T. R., Rowan, S. F., & Paul, P. L. (2017). Clinical supervision with TGNC clients in health service psychology. In A. Singh & I. m. dickey (Eds.), *Affirmative counseling and psychological practice with transgender and gender nonconforming clients* (pp. 175–190). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/14957-009>
- Burnes, T. R., Wood, J. M., Inman, J. L., & Welikson, G. A. (2013). An investigation of process variables in feminist group clinical supervision. *The Counseling Psychologist*, 41(1), 86–109. <https://doi.org/10.1177/0011000012442653>

- Cambien, A. (2008). *Une introduction à l'approche systémique: appréhender la complexité* (Doctoral dissertation, Centre d'études sur les réseaux, les transports, l'urbanisme et les constructions publiques (CERTU)).
- Carmel, T. C., & Erickson-Schroth, L. (2016). Mental health and the transgender population. *Psychiatric Annals*, 46(6), 346–349. <https://doi.org/10.3928/00485713-20160419-02>
- Carroll, L., Gilroy, P. J., & Ryan, J. (2002). Counseling transgendered, transsexual, and gender-variant clients. *Journal of Counseling & Development*, 80(2), 131-139.
- Chang, S. C., Singh, A. A., & Rossman, K. (2017). Gender and sexual orientation diversity within the TGNC community. In A. Singh & I. m. dickey (Eds.), *Affirmative counseling and psychological practice with transgender and gender nonconforming clients* (pp. 19–40). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/14957-002>
- Chang, S. C., Singh, & Dickey (2018). *A clinician's guide to gender-affirming care: Working with transgender and gender nonconforming clients*. New Harbinger Publications.
- Charruau, J. (2015). Une loi contre le sexisme? Étude de l'initiative belge. *La Revue des droits de l'homme. Revue du Centre de recherches et d'études sur les droits fondamentaux*, (7).
- Charmaz, K. (2006). *Constructing grounded theory: A practical guide through qualitative analysis*. Sage.
- Chaudoir, S. R., Wang, K., & Pachankis, J. E. (2017). What reduces sexual minority stress? A review of the intervention “toolkit”. *Journal of Social Issues*, 73(3), 586-617.
- Clark, W. M., & Serovich, J. M. (1997). Twenty years and still in the dark? Content analysis of articles pertaining to gay, lesbian, and bisexual issues in marriage and family therapy journals. *Journal of Marital and Family Therapy*, 23(3), 239–253.
- Clark, J., Boyon, N., & Jackson, C. (2018). *Global Attitudes Toward Transgender People*. Ipsos. <https://www.ipsos.com/en/global-attitudes-toward-transgender-people>

- Coleman, E., Radix, A.E., Bouman, W.P., Brown, G.R.,... West, M.A. &. (2022). Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8, *International Journal of Transgender Health*, 23:sup1, S1-S259, DOI: 10.1080/26895269.2022.2100644
- Coleman, E., Bockting, W. Botzer, M., Cohen-Kettensis, P.,... Zucker, K. (2012). Standards de Soins pour la santé des personnes transsexuelles, transgenres et de genre non-conforme, Version 7. *International Journal of Transgender Health*. *International Journal of Transgenderism*, 13(4), 165–232. doi:10.1080/15532739.2011.700873
- Compton, E., & Morgan, G. (2022). The Experiences of Psychological Therapy Amongst People Who Identify as Transgender or Gender Non-conforming: A Systematic Review of Qualitative Research. *Journal of Feminist Family Therapy*, 0(0), 1-24. <https://doi.org/10.1080/08952833.2022.2068843>
- Condat, A., Cohen, D., & d'Île, P. T. J. T. (2022). La prise en charge des enfants, adolescentes et adolescents transgenres en France: controverses récentes et enjeux éthiques. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 70(8), 408-426.
- Corbin, J., & Strauss, A. (2014). *Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory* (4th ed.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc.
- Creswell, J. W. (2007). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five traditions* (2nd Ed). Thousand Oaks, CA: Sage.
- D'Amore, S., Miscioscia, M., Scali, T., Haxhe, S. & Bullens, Q. (2013). Couples homosexuels et familles homoparentales: Défis, ressources et perspectives pour la thérapie systémique. *Thérapie Familiale*, 34, 69-84. <https://doi.org/10.3917/TF.131.0069>
- Dalton, M. R., Jones, A., & Stoy, J. (2020). Reducing Barriers : Integrated Collaboration for Transgender Clients. *Journal of Feminist Family Therapy*, 32(3-4), 176-191. <https://doi.org/10.1080/08952833.2020.1848050>
- Dayer C. & Alessandrin A. (2015). Entre invisibilité et sur-visibilité : les transgressions de genre à l'école. Dans: Ferreol G., Dugas E. (dir.), *Oser l'autre. Altérités et éducatibilité dans la France contemporaine*. Fernelmont (Belgique): EME Éditions.

- Daye, C. (2014) *Sous les pavés, le genre. Hacker le sexisme*. Editions de l'Aube.
- Deutsch, M. B. (Ed.). (2016). *Guidelines for the primary and gender-affirming care of transgender and gender nonbinary people*. University of California, San Francisco.
- Dickey, L. M. (2017). Toward developing clinical competence: Improving health care of gender diverse people. *American Journal of Public Health*, 107(2), 222-223. <http://doi.org/10.2105/AJPH.2016.303581>
- Dubet, F. (2016). *Ce qui nous unit. Discrimination, égalité et reconnaissance*. Paris: Le Seuil.
- Eisner, L. & Hässler, T. (2022). Panel Suisse LGBTIQ+ - Rapport de synthèse 2022. <https://www.doi.org/10.31234/osf.io/z29gd>
- Flynn, M. N. (2019). Addressing barriers to preventative health care for transgender populations: A systems approach to improving access to gynecological care. *Master's Theses*. University of New Heaven, 109. <https://digitalcommons.newhaven.edu/masterstheses/109>
- Fredman, S. (2016). Intersectional Discrimination in EU gender equality and non-discrimination law, European Network of Legal Experts in Gender Equality and Non-Discrimination. *European Commission, DG Justice and Consumers, Brussels*.
- Frost, D. M. (2011). Social stigma and its consequences for the socially stigmatized. *Social and Personality Psychology Compass*, 5(11), 824-839.
- Fuller, K. A., & Riggs, D. W. (2018). Family support and discrimination and their relationship to psychological distress and resilience amongst transgender people. *International Journal of Transgenderism*, 19(4), 379-388.
- Garcia, M., Kosutic, I., McDowell, T., & Anderson, S. A. (2009). Raising critical consciousness in family therapy supervision. *Journal of Feminist Family Therapy*, 21(1), 18-38. <https://doi.org/10.1080/08952830802683673>.

- Garcia Nuñez, D. (2023). De la psychopathologisation à l'approche affirmative de la diversité des genres. *Forum Med Suisse*, 23(04), 856-860. DOI:<https://doi.org/10.4414/fms.2023.09300>
- Gennart, M. & Vannotti, M. (2022). *Bien et maltraitance : arpenter les chantiers de l'éthique*. Fabert
- Giami, A. & Nayak, L. (2019). Controverses dans les prises en charge des situations trans : une ethnographie des conférences médico-scientifiques. *Sciences sociales et santé*, 37, 39-64. <https://doi.org/10.1684/sss.2019.0147>
- Grant, J. M., Mottet, L. A., & Tanis, J. (2011). *Injustice at Every Turn: A report of the National Transgender Survey*. Academia.
- Grossman, A. H., & D'Augelli, A. R. (2007). Transgender youth and life-threatening behaviors. *Suicide and life-threatening Behavior*, 37(5), 527-537.
- Hatcher, S. L., Kipper-Smith, A., Waddell, M., Uhe, M., West, J. S., Boothe, J. H., Frye, J. M., Tighe, K., Usselman, K. L., & Gingras, P. (2012). What Therapists Learn from Psychotherapy Clients: Effects on Personal and Professional Lives. *The Qualitative Report*, 17(48), 1-21. <https://doi.org/10.46743/2160-3715/2012.1702>
- Hendricks, M. L., & Testa, R. J. (2012). A conceptual framework for clinical work with transgender and gender nonconforming clients: An adaptation of the Minority Stress Model. *Professional Psychology: Research and Practice*, 43(5), 460.
- Horvath, A. O., Del Re, A. C., Flückiger, C., & Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy*, 48(1), 9.
- Hunter, J., Butler, C., & Cooper, K. (2021). Gender minority stress in trans and gender diverse adolescents and young people. *Clinical child psychology and psychiatry*, 26(4), 1182–1195. <https://doi.org/10.1177/13591045211033187>
- James, S. E., Herman, J. L., Rankin, S., Keisling, M., Mottet, L., & Anafi, M. (2016). The Report of the 2015 U.S. *Transgender Survey*. Washington, DC: National Center for Transgender Equality.

<https://transequality.org/sites/default/files/docs/usts/USTS-Full-Report-Dec17.pdf>.

- Kohn, L. & Christiaens, W. (2014). Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé : apports et croyances. *Reflets et perspectives de la vie économique*, *LIII*, 67-82. <https://doi.org/10.3917/rpve.534.0067>
- Kramer, U., & Ragama, E. (2015). *La psychothérapie centrée sur les émotions*. Elsevier Health Sciences.
- Lawless, J. J., Gale, J. E., & Bacigalupe, G. (2001). The discourse of race and culture in family therapy supervision: A conversation analysis. *Contemporary Family Therapy*, *23*(2), 181–197. <https://doi.org/10.1023/A:1011198219209>.
- Lee, C. C., & Walz, G. R. (1998). *Social action: A mandate for counselors*. American Counseling Association.
- Levitt N. (2015). Clinical nursing care for transgender patients with cancer. In *Clinical Journal of Oncology Nursing*, *19*(3), 362–366. doi: 10.1188/15.cjon.362-366.
- Lombardi, E., & Banik, S. (2015). Cancer care needs of transgender, transsexual, and other gender nonconforming populations. *Cancer and the LGBT community: Unique perspectives from risk to survivorship*, 245-260.
- Maestre, M. (2002). Entre résilience et résonance: À l'écoute des émotions. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, (2), 167-182. <https://doi.org/10.391/ctf.029.0167>
- Mathieu, L., & Medjkane, F. (2020). De la conviction à la transition: enjeux actuels et place de l'accompagnement psychologique et psychiatrique dans le parcours de soins des personnes transidentitaires. *La Presse Médicale Formation*, *1*(6), 604-609.
- McDowell, T., Emerick, P., & Garcia, M. (2014). Queering couple and family therapy education. *Journal of Feminist Family Therapy*, *26*(2), 99-112.

- McGeorge, C. R., Coburn, K. O., & Walsdorf, A. A. (2021). Deconstructing cissexism: The journey of becoming an affirmative family therapist for transgender and nonbinary clients. *Journal of Marital and Family Therapy*, 47(3), 785-802
- McGeorge, C. R., Walsdorf, A. A., Edwards, L. L., Benson, K. E., & Coburn, K. O. (2020). Sexual orientation and gender identity: Considerations for systemic therapists. *The handbook of systemic family therapy*, 1, 251-271.
- McLemore, K. A. (2018). A minority stress perspective on transgender individuals' experiences with misgendering. *Stigma and Health*, 3(1), 53. <https://doi.org/10.1037/sah0000070>.
- McWhirter, E. H. (1994). *Counseling for empowerment*. American Counseling Association.
- Medico, D. (2014). Éléments pour une psychothérapie adaptée à la diversité trans*. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 52, 109-137. <https://doi.org/10.3917/ctf.052.0109>
- Medico, D., Volkmar, E. Berrut, S., Bize, R., Bodenmann, P., Wahlen, R. (2022). Santé des personnes transgenres, non binaires et agenres. https://agnodice.ch/wp-content/uploads/2022/06/PUBLIE_Chapitre-2.9-D-Medico-et-al.pdf
- Medico, D., & Santiago-Delefosse, M. (2014). From reflexivity to resonances: Accounting for interpretation phenomena in qualitative research. *Qualitative Research in Psychology*, 11(4), 350-364.
- Métraux, J. C. (2011). *La migration comme métaphore*. La dispute.
- Meyer, I. H. (2003). Prejudice, Social Stress, and Mental Health in Lesbian, Gay, and Bisexual Populations: Conceptual Issues and Research Evidence. *Psychological Bulletin* 129(5), 674–697.
- Meyer I.H., Schwartz S, Frost D.M. (2008). Social patterning of stress and coping: Does disadvantaged social statuses confer more stress and fewer coping resources? *Social Science & Medicine*. 67(3):368–379. doi: 10.1016/j.socscimed.2008.03.012.

- Milton, M., Coyle, A., & Legg, C. (2005). Countertransference issues in psychotherapy with lesbian and gay clients. *European Journal of Psychotherapy & Counselling*, 7(3), 181-197.
- Mizock, L., & Lundquist, C. (2016). Missteps in psychotherapy with transgender clients: Promoting gender sensitivity in counseling and psychological practice. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 3(2), 148.
- Mucchielli, A. (2013). Les fondements de l'identité psychosociologique. *Que sais-je?*, 9, 39-77.
- Namaste, V. (2000). *Invisible lives: The erasure of transsexual and transgendered people*. University of Chicago Press.
- Office Fédéral de la Statistique (OFS). (2020). Statistique médicale des hôpitaux: nombre de cas et durée moyenne de séjour par classes d'âge, selon le code de traitement. Consulté à <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/catalogues-banques-donnees/tableaux.assetdetail.14841435.html>
- Olson, K. R., Durwood, L., DeMeules, M., & McLaughlin, K. A. (2016). Mental health of transgender children who are supported in their identities. *Pediatrics*, 137(3).
- Ouer, R. (2016). *Solution-focused brief therapy with the LGBT community: Creating futures through hope and resilience*. New York, NY: Routledge.
- Paillé, P. (2006). *La méthodologie qualitative: Postures de recherche et travail de terrain*. Armand Colin.
- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative research & evaluation methods* (3rd Ed.). London, UK: Sage Publications.
- PettyJohn, M. E., Tseng, C. F., & Blow, A. J. (2020). Therapeutic utility of discussing therapist/client intersectionality in treatment: When and how?. *Family process*, 59(2), 313-327.

- Poteat, T., German, D., & Kerrigan, D. (2013). Managing uncertainty: a grounded theory of stigma in transgender health care encounters. *Social science & medicine*, 84, 22-29.
- Prieur, C. (2019). Les violences envers les personnes trans* à l'université. Des conséquences sur la santé mentale aux pistes pour s'en sortir. *Genre, sexualité & société*, (22).
- Queniart-Sanchez. L., & Van Osselaer, M. (2021). *Transphobie intériorisée chez les personnes trans*: impact sur l'adhésion aux rôles de genres et le vécu psychologique* [Thèse de doctorat, Université libre de Bruxelles]. https://www.genrespluriels.be/IMG/pdf/memoire_lea_sans_entretiens.pdf. Sites internet).
- Romy, K. (2022). Les lacunes de la chirurgie transgenre. *SWI-Swissinfo.ch*. <https://www.swissinfo.ch/fre/economie/les-lacunes-de-la-chirurgie-transgenre-en-suisse/48078258>
- Rouleau-Berger, L. (2011). Repenser la question migratoire: migrations, inégalités multisituées et individuation. *SociologieS*. <https://doi.org/10.4000/sociologies.3701>
- Sauceda, A. Lahana, L. (2022). *Approaches to working with gender diversity*. <https://www.synchronicity-counseling.com/approaches-to-working-with-gender>
- Santiago-Delefosse, M. (2006). L'activité du chercheur entre objectivisme et subjectivisme: Un révélateur de la tension entre théorie et terrain. *Méthodes Qualitatives*, 201-223.
- Satterly, B. A., & Dyson, D. (2008). Sexual minority supervision. *The Clinical Supervisor*, 27(1), 17-38.
- Schmitt, M. T., Branscombe, N. R., Postmes, T., & Garcia, A. (2014). The consequences of perceived discrimination for psychological well-being: a meta-analytic review. *Psychological bulletin*, 140(4), 921.
- Schweinschwaller, H., & Votadoro, P. (2021). Évaluation de la formation théorique et pratique des internes en Île-de-France sur les connaissances et l'accompagnement de la transidentité chez l'enfant et l'adolescent. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 69(7), 351-357

- Sennott, S., & Smith, T. (2011). Translating the Sex and Gender Continuums in Mental Health: A Transfeminist Approach to Client and Clinician Fears. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health, 15*(2), 218-234.
- Sghari, M. B. A., & Hammami, S. (2016). Inégalité de santé et déterminants sociaux de la santé. *Éthique & Santé, 13*(4), 185-194.
- Shipherd, J. C., Green, K. E., & Abramovitz, S. (2010). Transgender clients: Identifying and minimizing barriers to mental health treatment. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health, 14*(2), 94-108.
- Shipman, D., & Martin, T. (2019). Clinical and supervisory considerations for transgender therapists: Implications for working with clients. *Journal of marital and family therapy, 45*(1), 92-105.
- Silvestre, R. L. S., & Vandenberghe, L. (2008). The therapist's feelings. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy, 4*(4), 355–359. <https://doi.org/10.1037/h0100866>
- Singh, A. A. & Burnes, T. R. (2010) Shifting the Counselor Role from Gatekeeping to Advocacy: Ten Strategies for Using the Competencies for Counseling with Transgender Clients for Individual and Social Change. *Journal of LGBT Issues in Counseling, 4*:3-4, 241-255, DOI: 10.1080/15538605.2010.525455
- Singh, A. A., & Dickey, Lore M. (Eds.). (2017). Affirmative Counseling and Psychological Practice With Transgender and Gender Nonconforming Clients. *American Psychological Association*. <http://www.jstor.org/stable/j.ctv1chrw70>
- Singh, A.A., & Dickey, L.M. (2016). Implementing the APA guidelines on psychological practice with transgender and gender nonconforming people: A call to action to the field of psychology. *Psychology of sexual orientation and gender diversity, 3*, 195-200.
- Sironi, F. (2011). *Psychologie (s) des transsexuels et des transgenres*. Odile Jacob.
- Spengler, E. S., DeVore, E. N., Spengler, P. M., & Lee, N. A. (2020). What does “couple” mean in couple therapy outcome research? A systematic review of the implicit and explicit,

inclusion and exclusion of gender and sexual minority individuals and identities. *Journal of Marital and Family Therapy*, 46, 245–255. <https://doi.org/10.1111/jmft.12415>.

Striffler, Y., Zisenwine, T., & Diamond, G. M. (2022). Parents' reflective functioning and their agreement on treatment goals in attachment-based family therapy for sexual and gender minority young adults and their nonaccepting parents. *Journal of Marital and Family Therapy*, 48(4), 982-997.

Tanner, L. R., & Lyness, K. P. (2004). Out of the closet, still in the home: Providing queer affirmative therapy for youth and their families. *Journal of Feminist Family Therapy*, 15(1), 21-35.

Terada, S., Matsumoto, Y., Sato, T., Okabe, N., Kishimoto, Y., & Uchitomi, Y. (2011). Suicidal ideation among patients with gender identity disorder. *Psychiatry research*, 190(1), 159-162.

Testa, R. J., Jimenez, C. L., & Rankin, S. (2014). Risk and resilience during transgender identity development: The effects of awareness and engagement with other transgender people on affect. *Journal of gay & lesbian mental health*, 18(1), 31-46.

Testa, R. J., Habarth, J., Peta, J., Balsam, K., & Bockting, W. (2015). Development of the gender minority stress and resilience measure. *Psychology of sexual orientation and gender diversity*, 2(1), 65.

Thomas R, Pega F, Khosla R, Verster A, Hana T & Say L. (2017). Ensuring an inclusive global health agenda for transgender people. In *Bulletin of the World Health Organization*. 95(2), 154–156. doi: 10.2471/blt.16.183913

Thomazet, S., & Mérini, C. (2019). Vers une société inclusive: des liens nécessaires entre formation, pratique et recherche. *La nouvelle revue-Éducation et société inclusives*, (1), 103-120.

Transgender Network Switzerland (TGNS). (2019). *CIM-11: Dé-Psycho-Pathologisation, finalement!* <https://www.tgns.ch/fr/2019/05/cim-11-de-psycho-pathologisation-finalement/>

Transgender Networking Switzerland (TGNS). (2023a). Informations.
<https://www.tgns.ch/fr/information-2/>

Transgender Networking Switzerland (TGNS). (2023b). Droit.
<https://www.tgns.ch/fr/information-2/droit/>

Tsfati, M., & Nadan, Y. (2021). Between Vulnerability and Resilience : Parents of Transgender Young Adults. *Family Process*. <https://doi.org/10.1111/famp.12678>

Udell, C. S. (2017). *An Exploration of Therapists' Experiences Working with Transgender Clients in Psychotherapy* (Doctoral dissertation, Widener University).

Verbeek, M. J., Hommes, M. A., Stutterheim, S. E., van Lankveld, J. J., & Bos, A. E. (2020). Experiences with stigmatization among transgender individuals after transition: A qualitative study in the Netherlands. *International journal of transgender health, 21*(2), 220-233.

Willging, C. E., Salvador, M., & Kano, M. (2006). Pragmatic help seeking: How sexual and gender minority groups access mental health care in a rural state. *Psychiatric Services, 57*, 871– 874. <http://dx.doi.org/10.1176/ps.2006.57.6.871>

Wood, F., & Bloor, M. (2006). Keywords in qualitative methods: A vocabulary of research concepts. *Keywords in Qualitative Methods*, 1-208.

Xavier, J., Bradford, J., Hendricks, M., Safford, L., McKee, R., Martin, E., & Honnold, J. A. (2013). Transgender health care access in Virginia: A qualitative study. *International Journal of Transgenderism, 14*(1), 3-17.

10. ANNEXES

10.1. LEXIQUE

Cisgenre : Qualifie une personne dont l'identité de genre est en concordance avec le genre qui lui a été assigné à la naissance.

Cisnormativité : Préjugé selon lequel tout le monde est cisgenre, qui privilégie par conséquent les identités cisgenres et néglige ou sous-représente les identités de genre non traditionnelles.

Cissexisme : Système de comportements, de représentations et de discriminations favorisant les personnes cisgenres au détriment des personnes trans.

Femme trans* (MtF, male to female) : qualifie des individus assigné·e·x·s en tant qu'homme à la naissance qui changent ou ont changé leur corps et/ou leur rôle de genre vers un corps ou un rôle plus féminin.

Homme trans* (FtM, female to male) : qualifie des individus assigné·e·x·s en tant que femme à la naissance qui changent ou ont changé leur corps et/ou leur rôle de genre vers un corps ou un rôle plus masculin.

Identité de genre : sentiment intrinsèque d'être un homme, une femme ou d'un genre alternatif (garçon-fille, fille-garçon, transgenre, queer, eunuque) (Bockting, 1999; Stoller, 1964, cité par le WPATH).

LGBTIQA+ : Lesbian, gay, bisexual, transgender, queer, asexual +

Mégender : Attribuer à une personne, volontairement ou non, un genre dans lequel la personne ne se reconnaît pas.

Non-binaire : qualifie une personne qui se reconnaît pas sur l'échelle de la binarité de genre homme/femme.

Non-binarité : La non-binarité représente les identités de genre autres que la binarité exclusive homme/femme.

Rôle ou expression de genre : Caractéristiques dans la personnalité, l'apparence et le comportement qui dans une culture donnée à un moment historique donné sont désignées comme masculines ou féminines (ce qui est plus typique d'un rôle social masculin ou féminin) (Ruble, Martin, & Berenbaum, 2006, cité par le WPATH)

Transition : Processus pendant lequel une personne fait évoluer son expression de genre

Transphobie : Sentiment ou manifestation de rejet, de mépris ou de haine envers les personnes ou comportements associés aux transidentités.

Transphobie internalisée : Inconfort d'un individu face à ses propres sentiments ou identité transgenres comme résultat de l'internalisation des attentes sociétales de genre normées.

Note: ce lexique ainsi que les définitions sont adaptés des différents lexiques de Coleman et al. (2012), Bigner et Wetchler (2012), McLemore (2018) et Ouer (2016)

10.2. LISTE DÉTAILLÉE DES RECOMMANDATIONS DE L'APPROCHE TRANS-AFFIRMATIVE

Résumé de la littérature par thèmes (voir Udell, 2017)

Soutenir la voix et l'autodétermination	
<i>Références</i>	<i>Exemples de thèmes</i>
Singh, Hays & Watson (2011)	Autoriser l'autodétermination
Benson (2013)	Favoriser une vision positive des patient·e·x·s trans* en respectant l'identité qu'ils se sont forgé·e·x·s.
Singh & Burnes (2010)	Adopter la diversité de genre (variabilité)
Livingstone (2008)	Voir les patient·e·x·s comme iels se voient elleux-mêmes (empathie profonde)
Rachlin (202)	Respecter l'identité de genre des patient·e·x·s
Chavez-Korell & Johnson (2007)	Présenter lae patient·e·x comme expert·e·x
Goethals & Schweibert (2005)	Reconnaître la fluidité du genre
Israel, Gortcheva, Walther, Sulzner & Cohen (2008)	Affirmation de l'identité de genre du patient·e·x
Carroll, Gilroy & Ryan (2011)	Affirmation de toutes les expressions de genre

Raj (2002)	Respecter la réalité unique du-de la patient·e·x et le problème immédiat qu'il présente, sans tenir compte de la théorie de manière excessive Affirmer et valider toute forme de variance de genre ou de sexualité exprimée par lae patient·e·x et soutenir l'autodétermination
Reicherzer, Patton & Glowiak (2011)	Faire en sorte que les patient·e·x·s se sentent écouté·e·x·s et soutenu·e·x·s Créer un espace dans lequel la personne sait qu'elle compte et que l'histoire qu'elle raconte a eu un impact sur lae thérapeute
Ballan, Romanelli, & Harper IV (2011)	Déterminer la perception qu'a la personne de son handicap et de son identité transgenre
Mizock & Lewis (2008)	Créer un espace pour raconter leur histoire afin de développer leur agentivité

Le langage	
<i>Références</i>	<i>Exemples de thèmes</i>
Ansara (2010)	Le mégenrage est une violence psychologique ; clarifier le nom et le pronom
Smith, Shin & Officer (2012)	Problématiser les systèmes et les actes "cachés" de la pratique Reconnaître notre capacité à avoir des préjugés, en particulier par le biais de nos privilèges (adopter un langage critique tel que "aspirant allié", "anti-hétérosexiste, anti-cisgenre" et résister à un langage tel que "affirmer" car il a des sous-entendus assimilationnistes)
Raj (2002)	Sensibilité aux nuances de langage : non pathologisant, démystifiant, phénoménologique, convivial, sensible à la diversité culturelle
Ballan, Romanelli, & Harper IV (2011)	Sensibilité à l'utilisation de la langue, du vocabulaire, des pronoms

Playdoyer et autonomisation	
<i>Références</i>	<i>Exemples de thèmes</i>
Singh, Hays, Watson (2011)	S'engager dans la défense des intérêts sociaux : éduquer les autres professionnels, afficher la documentation pertinente, dresser une liste de ressources adaptées aux personnes trans* Aider à se connecter à la communauté
Singh & Burnes (2010)	Favoriser une perspective de justice sociale (plaidoyer, promotion de l'autogestion de la santé pour les militants, amélioration de l'accès aux soins pour les trans)
Livingstone (2008)	Être ouvert à la relation en dehors des portes fermées d'une salle de thérapie
Rachlin (2002)	Développer une connexion avec la communauté trans*
Chavez-Korell & Lorah, (2007)	S'engager dans un travail de justice sociale : changer les conditions de vie des personnes trans*, apporter des changements plus systémiques.
Goethals & Schweibert (2005)	Autopromotion (e.g. planification de la divulgation, encouragement à rechercher la communauté, réseaux sociaux, recherche de médecins, thérapeutes et cliniques respectueux des personnes trans*) Accroître la capacité d'autodétermination et de responsabilisation du·de la patient·e·x Éduquer les autres prestataires de soins de santé (donner l'exemple du respect et de la sensibilité en utilisant le nom réel du·de la patient·e·x et le pronom épïcène)
Raj (2007)	Transactivisme (divulgation de soi, modélisation, mentorat, défense de soi et de la société, de la rage à l'autonomisation, travail de groupe, ateliers et manuels, possibilités de points d'entrée)

Lev (2009)	<p>Fournir au patient·e·x des lectures, des informations sur les groupes de soutien, des ressources Internet, l'aider à entrer en contact avec d'autres professionnels et avec la communauté.</p> <p>Discuter avec les ressources humaines, les responsables du personnel, les employeurs, les doyens, de la manière de faciliter les changements nécessaires dans les institutions en ce qui concerne les toilettes, la formation du personnel et le traitement respectueux</p>
Smith, Shin & Officer (2012)	<p>Développer des relations personnelles avec des personnes trans* en dehors de la pratique clinique afin de comprendre leurs expériences, d'évaluer les hypothèses personnelles et d'éliminer les préjugés)</p> <p>Ne pas mettre l'accent sur le changement individuel et s'engager à changer les contextes sociaux</p>
Israel, Walther, Gortcheva, & Perry (2011)	<p>Connexion avec d'autres personnes LGBT au sein de l'agence (e.g. groupes de soutien et programmes communautaires)</p> <p>Coordination avec les services communautaires</p> <p>Sensibiliser le personnel aux questions relatives aux personnes trans* (e.g. sensibiliser à la documentation clinique)</p>
Israel, Gortcheva, Walther, Sulzner & Cohen (2008)	Soutenir l'agentivité
Israel, Gortcheva, Burnes, & Walther (2008)	Mise en place d'un système de soutien pour les patient·e·x·s lors d'une transition de genre (coordination de services multiples)
Carroll, Gilroy, Ryan (2002)	Éduquer, défendre (s'adresser à la littérature professionnelle et aux personnes concernées)
Raj (2002)	Mettre l'accent sur l'autonomisation des patient·e·x·s, les politiques et les procédures, l'activisme communautaire, le soutien à l'autonomie, encourager le soutien et la formation d'autres professionnel·le·x·s, les partenariats avec les travailleur·euse·x·s communautaires, donner aux patient·e·x·s la possibilité de demander des comptes au thérapeute en lui communiquant les lignes directrices

Ballan, Romanelli, & Harper IV (2011)	Faciliter l'autonomisation du·de la patient·e·x par la reconnaissance de ses relations uniques avec le pouvoir, le choix, l'indépendance, l'interdépendance et le statu quo Soutenir le développement d'un réseau de soutien social solide, favoriser la prise de conscience, multiplier les expériences personnelles avec les individus, établir des relations avec les membres de la communauté et les alliés, intégrer les histoires dans les arènes personnelles et professionnelles
Griffin (2011)	Position inconfortable consistant à simplifier à l'extrême pour l'agentivité tout en explorant et en soutenant l'identité plus complexe du client Communication approfondie et collaboration avec d'autres professionnel·le·x·s
Singh & McKleroy (2011)	Rechercher des possibilités d'améliorer l'accès aux soins de santé et aux possibilités d'emploi transpositif Développer un réseau transpositif de prestataires thérapeutiques
Nadal, Skolnik & Wong (2012)	Plaidoyer et autonomisation des clients
Mizock & Lewis (2008)	Soutien par les pairs : l'une des sources les plus puissantes de guérison, services de proximité

Résilience	
<i>Références</i>	<i>Exemples de thèmes</i>
Singh & Burnes (2010)	Mettre l'accent sur la résilience
Singh, Hays, Watson (2011)	Améliorer l'estime de soi, aider à identifier une source de force, évaluer le dialogue intérieur, soutenir et développer l'espoir.
Ballan, Romanelli, & Harper IV (2011)	Renforcement des sentiments positifs à l'égard de l'identité
Singh & McKleroy (2011)	Soutenir le développement de la fierté de l'intersection des identités

Les guides	
<i>Références</i>	<i>Exemples de thèmes</i>
Benson (2013)	Utilisation appropriée des normes de soins de la WPATH
Rachlin & Lev (2013)	Utilisation flexible et stratégique des normes et des lignes directrices
Chavez-Korell & Lorah, (2007)	Compétences de l'ACA pour travailler avec des clients transgenres
Collazo, Austin & Craig (2013)	WPATH SOC
Raj (2002)	Négocier l'utilisation de WPATH SOC, accéder à d'autres lignes directrices pour compléter les connaissances

Sensibilité et attitude	
<i>Références</i>	<i>Exemples de thèmes</i>
Singh, Hays, Watson (2011)	Sensibilisation à la société et à l'oppression intériorisée
Ansara (2010)	Être humble concernant sa propre expertise, considérer que les personnes dont le genre est affirmé n'ont pas de trouble de l'identité de genre
Benson (2013)	S'engager dans une réflexivité personnelle Sensibilisation au contexte de la pratique (discrimination institutionnelle)
Lev (2004)	Considérer la transidentité comme une expression normale du potentiel humain
Singh & Burnes (2010)	Réflexivité personnelle et conscience de soi

Carroll, Gilroy, Ryan (2002)	Être conscient de son manque de connaissances; être conscient de la possibilité de contribuer à la détresse émotionnelle, se centrer sur lae patient·e·x
Livingstone (2008)	Être centré sur la personne, sincère, empathique, inconditionnel, éviter les conditions de valeur objectivantes et incarner l'affirmation Être prêt à sortir de son cadre de référence culturel et à s'engager véritablement dans celui du·de la patient·e·x Les croyances essentialistes peuvent étouffer l'autonomie et le droit à l'autodétermination du·de la patient·e·x
Rachlin (2002)	Acceptation de la part du thérapeute
Chavez-Korell & Johnson, (2011)	Hypothèses, valeurs, préjugés, vision du monde de l'intéressé et du·de la patient·e·x, identités culturelles, importance de l'identité, privilège de l'identité, développement de l'identité de l'intéressé·e·x et du·de la patient·e·x Être respectueux·se·x, être non jugeant·e·x
Goethals & Schweibert (2005)	Soumettre à un examen rigoureux ses propres notions de bon sens sur le genre, qu'elles soient personnelles ou professionnelles Examiner les écoles de pensée dominantes sur la nature du genre en dehors de la psychologie Regard positif inconditionnel Résister à l'envie de nier constamment être une personne trans* soi-même L'acceptation et la validation sont nécessaires mais pas suffisantes Les thérapeutes doivent être capables de remettre en question leur propre performance en matière de genre
Collazo, Austin & Craig (2013)	Volonté de soutien face à des systèmes antagonistes et transphobes
Lev (2009)	Sans jugement, relation de confiance, prise en compte de la complexité de la personne dans son ensemble

Smith, Shin & Officer (2012)	Conscience réflexive
Israel, Walther, Gortcheva, & Perry (2011)	Sensibilité aux contextes cliniques et institutionnels qui peuvent constituer des obstacles à un accès équitable et respectueux aux services de santé mentale
Raj (2002)	Traitement du contre-transfert, vérification des valeurs personnelles, alignement sur lae patient·e·x, supervision, centrage sur lae patient·e·x
Ballan, Romanelli, & Harper IV (2011)	Reconnaître les changements de valeur basés sur le statut de personnes ayant un handicap et l'identité trans*, réfléchir à ce que l'on ressent, à ce que l'expérience signifie
Bess & Staab (2009)	Vigilance dans la surveillance des préjugés susceptibles de rompre la relation thérapeutique (supervision, consultation) L'expertise, l'empathie et la confiance sont essentielles
Nadal, Skolnik & Wong (2012)	Réflexivité personnelle
Mizock & Lewis (2008)	Conscience de soi, absence de jugement, langage non sexiste Réfléter le langage utilisé par le client, ne pas assumer, prendre plus de temps pour établir une relation, rassurer sur la confidentialité.
Rachlin & Lev (2013)	Soutenir les personnes trans* qui n'expriment pas leur genre authentique et choisissent de rester dans l'ombre.

Connaissances	
<i>Références</i>	<i>Exemples de thèmes</i>
Benson (2013)	Connaissances spécialisées (e.g. connaître la différence entre le sexe, le genre et la sexualité), se familiariser avec les problèmes auxquels sont confrontées les personnes trans*.

Singh & Burnes (2010)	<p>Connaissance des compétences et de l'évolution de la langue</p> <p>Connaissance de l'intersection de l'identité et des questions socioculturelles (remise en question de l'an historicisme)</p>
Carroll, Gilroy, Ryan (2002)	<p>Informations concernant les contextes politiques, historiques et psychologiques ; évolution de la terminologie</p> <p>Connaissance des réseaux de soutien existants ; connaissance des tendances dans les communautés transgenres.</p> <p>Connaissance de l'histoire de la psychologie en ce qui concerne les personnes transgenres et des conséquences de la promotion d'une vision essentialiste du genre</p>
Chavez-Korell & Lorah, (2007)	<p>Formation continue par le biais d'une connexion avec la communauté transgenre</p> <p>Savoir comment accéder aux ressources et les exploiter pour les patient·e·x·s</p>
Collazo, Austin & Craig (2013)	<p>Connaître les besoins spécifiques des personnes trans*</p> <p>Compréhension du caractère unique des défis</p> <p>Chercher à se former : cours de formation continue, supervision d'experts, articles académiques, documentaires</p> <p>Être attentif aux obstacles interpersonnels et systémiques à l'accès aux soins</p>
Smith, Shin & Officer (2012)	<p>S'immerger dans la littérature</p> <p>Se méfier des micro-invalidations et du paradoxe de l'utilisation des catégories d'identité sociale</p>
Israel, Gortcheva, Walther, Sulzner & Cohen (2008)	<p>Formation spécifique et assistance pour travailler avec des patient·e·x·s trans*</p>
Israel, Gortcheva, Burnes, & Walther (2008)	<p>Connaissance des questions liées à la transidentité, permettant aux thérapeutes de travailler spécifiquement sur l'identité et l'expression sexuelles dans le cadre de la thérapie</p>

Raj (2002)	Distinctions fondamentales entre l'orientation sexuelle, l'identité de genre, le sexe et l'identité sexuelle Diversité des préférences des partenaires Formation et consultation spécialisées
Ballan, Romanelli, & Harper IV (2011)	Connaissance des lois, définition plus large de la famille, événements
Bess & Staab (2009)	Posséder une formation minimale sur les questions de genre, la composante de variance de genre dans les programmes de formation (requis pour l'accréditation par l'APA)
Mizock & Lewis (2008)	Formation spécifique

Compétences	
<i>Références</i>	<i>Exemples de thèmes</i>
Benson (2013)	Aborder l'impact de la société normative en matière de genre sur leur vie (stigmatisation, préjugés, discrimination) et conceptualiser les problèmes dans le contexte des préjugés et de l'ignorance de la société plutôt que dans celui d'une pathologie
Lev (2004)	Pratiquer des principes thérapeutiques qui favorisent l'auto-identification du genre Mettre l'accent sur la différence de pouvoir inhérente et reconnaître l'oppression
Carroll, Gilroy, Ryan (2002)	Approche constructive et narrative ; déconstruction des discours normatifs ; incorporation de récits autobiographiques
Livingstone (2008)	Processus ego-syntonique : travailler selon les termes du·de la patient·e·x, valorisation profonde de la façon dont iel se situe dans le monde.
Rachlin (2002)	Flexibilité dans l'approche thérapeutique

Goethals & Schweibert (2005)	Faire preuve d'enthousiasme et d'empressement à apprendre du·e de la patient·e·x sans compter sur ellui pour l'éduquer (apprendre les concepts tels qu'iel les vit).
Israel, Gortcheva, Walther, Sulzner & Cohen (2008)	<p>Relations de travail caractérisées par le respect des patient·e·x·s, les patient·e·x·s percevant les thérapeutes comme bienveillant·e·x·s et compétent·e·x·s.</p> <p>Développer des compétences pour travailler avec des patient·e·x·s LGBT lorsque leur préoccupation n'est pas liée à leur genre ou à leur identité sexuelle.</p>
Raj (2002)	<p>Aider les individus à fonctionner plus confortablement dans le monde dans le rôle d'identité de genre qu'ils ont choisi et à gérer efficacement les préoccupations non liées au genre</p> <p>Les clinicien·ne·x·s abandonnent leurs investissements essentialistes et/ou constructivistes, iels sont flexibles dans l'évaluation</p>
Reicherzer, Patton & Glowiak (2011)	Aborder le conseil à partir d'un modèle qui prend en compte les traumatismes sociaux (c'est-à-dire l'exclusion profonde dans la vie quotidienne)
Ballan, Romanelli, & Harper IV (2011)	<p>Explorer les moyens de faire face à la stigmatisation et à la marginalisation</p> <p>Contenir l'effet de propagation (la mesure dans laquelle le handicap et le sexe supplantent d'autres aspects de la personne), évaluer les obstacles à l'accès aux services de santé et aux services sociaux</p>
Bess & Staab (2009)	La rigueur et l'expertise des thérapeutes dans l'évaluation de l'adéquation de l'intervention médicale, la méfiance à l'égard de la différence de pouvoir, les lettres, l'aide au dévoilement, la démonstration manifeste de la confidentialité, la franchise, la prise en compte des diagnostics comorbides et des facteurs de complication
Singh & McKleroy (2011)	<p>Sensible et réceptif·ve·x·s à de multiples lieux sociaux</p> <p>Procéder à une auto-évaluation approfondie des préjugés et des compétences</p> <p>Évaluer les traumatismes, explorer les identités multiples, le degré d'interdépendance et de soutien familial, évaluer l'interdépendance et la spiritualité de la communauté</p>

Nadal, Skolnik & Wong (2012)	Compétences culturelles
Mizock & Lewis (2008)	<p>Évaluation : éviter d'attribuer le problème présenté à l'identité trans*, dépister les problèmes d'image corporelle</p> <p>Approche basée sur les points forts, solliciter le feedback du·de la patient·e·x, faire comprendre que la transphobie a été un problème dans le passé en psychologie.</p> <p>Examiner les facteurs systémiques contributifs, tenir compte des différences générationnelles (e.g. les personnes trans* plus âgées).</p>

Perspectives critiques	
<i>Références</i>	<i>Exemples de thèmes</i>
Ansara (2010)	Examen critique des structures institutionnelles, lassitude face aux déclarations de principe sur l'autonomisation des patient·e·x·s tout en défendant un système qui réduit l'autonomie et l'accomplissement personnel des patient·e·x·s dans un contexte plus large, iniquité d'un système qui exige des personnes trans* qu'elles passent par toutes les étapes pour se voir accorder les mêmes droits que les autres individus
Singh & Burnes (2010)	Approches féministes (autonomisation)
Chavez-Korell & Johnson, (2011)	Approche narrative constructiviste (pas de vérités absolues, mais des vérités personnelles profondément ancrées chez les patient·e·x·s)
Goethals & Schweibert (2005)	Thérapie féministe : modèle d'autonomisation : déconstruire l'intrapsychisme des modèles traditionnels et repenser la dynamique du pouvoir entre lae patient·e·x et le thérapeute ; modèle relationnel : la santé mentale est conçue en termes de connexion avec les autres
Smith, Shin & Officer (2012)	Familiarité avec les travaux post-modernes et constructivistes
Bess & Staab (2009)	Éviter les diagnostics pathologisants et les préjugés hétérosexistes

Mizock & Lewis (2008)	Éviter de pathologiser les expressions non traditionnelles de l'identité
-----------------------	--

Cadre et atmosphère clinique	
<i>Références</i>	<i>Exemples de thèmes</i>
Chavez-Korell & Johnson, (2007)	Un espace sûr, respectueux et exempt de jugement, permettant aux patient·e·x·s trans* de faire entendre leur voix et leur histoire
Goethals & Schweibert (2005)	Afficher un triangle rose sur la porte du bureau
Israel, Walther, Gortcheva, & Perry (2011)	Établir des politiques et des procédures claires sur la manière de traiter les patient·e·x·s trans* de manière appropriée (en ce qui concerne l'utilisation des pronoms et des noms), disponibilité, visibilité et position du personnel ouvertement LGBT
Israel, Gortcheva, Burnes, & Walther (2008)	Avoir du personnel qui s'identifie comme LGBT
Ballan, Romanelli, & Harper IV (2011)	Politiques et procédures relatives au traitement de la discrimination, documentation dans les salles d'attente
Singh & McKleroy (2011)	La documentation et les formulaires administratifs sont inclusifs, collaborateurs, avec des boîtes pour les hommes et les femmes, des toilettes neutres. Environnement sûr : affichage d'informations transpositives, déclaration explicite de leur engagement à lutter contre les oppressions systémiques dans leur travail professionnel et leur documentation.
Mizock & Lewis (2008)	Atmosphère : indicateurs visuels et autres signes (autocollants, brochures, documents LGBT en plusieurs langues, bulletins d'information connexes, magazines, déclaration anti-discrimination, formulaires accessibles).

10.3. GRILLE D'ENTRETIEN

Grille d'entretien

En préambule

- Faire signer la fiche de confidentialité

Questions d'ouverture

(nom, âge, pronom, profession, etc)

Présenter le focus group/l'entretien semi-directif, remercier de la participation et rappeler le thème de la recherche :

Comment les thérapeutes traitent et intègrent leurs résonances face aux vécus des patient·e·x·s trans* ?

Notre recherche s'inscrit dans le cadre d'un mémoire de Master en psychologie clinique (Université de Lausanne, UNIL).

Au travers de cette recherche qualitative, l'objectif serait d'identifier les résonances des thérapeute·x·s aux vécus de la transidentité, comment iels les traitent et les intègrent dans leurs pratiques. Le but étant d'apporter un éclairage sur certains enjeux du suivi thérapeutique des personnes trans*.

Les informations que vous nous délivrez ici seront anonymisées. De plus, vous pouvez à tout moment quitter le focus group si vous le souhaitez, sans aucune conséquence pour vous.

S'introduire chacun·e (nous puis elleux)

A la fin de la discussion

- Faire remplir l'échelle de la Synchronicity counseling (avant ou après le focus group)

Questions générales	Questions de relance
<p>Question générale 1 Dans votre pratique, d'une manière générale, que ressentez-vous face à ce que vivent vos patient·e·x·s trans*?</p> <p>Question générale 2 Y a-t-il des thématiques sur lesquelles vous buttez avec elleux ?</p> <p>Question générale 3 D'autres avec lesquelles vous êtes à l'aise ?</p> <p>Question générale 4 Que faites-vous de ces ressentis ? Comment les traitez-vous dans le cadre de votre travail ? (quel impact cela a sur votre travail, par exemple en termes de sujets abordés en thérapie, de besoin de supervision, etc?)</p> <p>Question générale 5 Dans votre pratique, identifiez-vous des discriminations vécues par vos patient·e·x·s trans* et qu'est-ce que cela vous fait vivre ?</p> <p>si nécessité, donner des exemples tirés des thématiques de relance</p>	<p>Soins Que pensez-vous du système de soin actuel pour les personnes trans ?</p> <p>Trouvez-vous qu'il y a assez de thérapeutes spécialisé·e·x·s dans la question trans* en Suisse?</p> <p>Inégalités de genres Accordez-vous une place aux inégalités de genre dans votre thérapie ?</p> <p>Avez-vous pu observer des différences entre les femmes et les hommes trans* ou les personnes non-binaires dans le vécu des inégalités de genre ? (si oui, lesquelles?)</p> <p>Faites-vous une distinction et travaillez-vous différemment en fonction du genre de votre patient·e·x ?</p> <p>La famille Trouvez-vous que les personnes trans* ont des difficultés spécifiques à communiquer avec leur famille ?</p> <p>Identité de genre Est-ce que de travailler sur ces thématiques a changé votre perception sur l'identité de genre en général et la vôtre en particulier ?</p> <p>Les espaces (école, travail,...) Trouvez-vous que les personnes trans* rencontrent des difficultés spécifiques au travail ou à l'école ? (si oui, lesquelles?)</p> <p>Domaine du droit Pensez-vous qu'il y ait assez de lois et de structures qui promulguent le bien-être des personnes trans*?</p> <p>Transphobie Rencontrez-vous la transphobie au sein de votre travail ? (si oui, de quel type?)</p> <p>Intersectionnalité Abordez-vous l'intersectionnalité avec vos patient·e·x·s trans* ?</p> <p>L'auto-censure Trouvez-vous que les personnes trans* font preuve de retenue dans leur vie quotidienne (demander des soins, se présenter à un travail, etc.)</p> <p>Les expériences totales Pensez-vous que pour une personne trans* il y ait une vie en dehors de la transphobie?</p>

10.4. NOTICES D'INFORMATION



NOTICE D'INFORMATION AUX PARTICIPANTS À UN PROJET DE RECHERCHE Un exemplaire de cette notice d'information doit vous être remis

Titre du projet : Comment les thérapeutes traitent et intègrent leurs résonances face aux vécus des patient·e·x·s trans* ?

Cette recherche est menée dans le cadre du mémoire de master intitulé :

Étude qualitative de la manière dont les thérapeutes de familles et de couples traitent et intègrent leurs résonances aux évolutions sociétales et l'impact que cela a sur leurs pratiques cliniques

sous la responsabilité de **Manuel Tettamanti** (PhD, Maître d'enseignement et de recherche).

Comment contacter le responsable : Email : manuel.tettamanti@unil.ch

Institution / Adresse professionnelle : Université de Lausanne, Institut de psychologie,
Bâtiment Géopolis, UNIL-MOULINE,
1015 Lausanne

Nom des étudiant·e·s-chercheur·euse·s : Philippe Wieland et Fanny Tang

Nous aimerions vous inviter à participer à cette recherche.

Détails du projet :

Notre recherche s'inscrit dans le cadre d'un mémoire de Master en psychologie clinique (Université de Lausanne, UNIL).

Objectifs de la recherche :

Au travers de cette recherche qualitative, l'objectif serait d'identifier les résonances des thérapeutes aux vécus de la transidentité, comment iels les traitent et les intègrent dans leurs pratiques. Le but étant d'apporter un éclairage sur certains enjeux du suivi thérapeutique des personnes trans*.

Qui est invité à participer ?

Les critères d'inclusion sont décrits ci-dessous :

- ✓ Être un·e·x·s thérapeute ayant travaillé avec au moins une personne trans*

Méthode(s) utilisées dans l'étude:

Nous allons mener cette recherche au travers d'entretiens semi-directifs d'environ 1h et d'un groupe de discussion (focus group) d'environ 1h30, pendant lesquels la thématique de recherche sera explorée, ils seront menés par les étudiant·e·s chercheur·euses. De manière spontanée, les participant·e·x·s sont invité·e·x·s à développer leurs points de vue, sur les thèmes qui seront abordés. Nous investiguerons également l'environnement, la pratique professionnelle et l'identité de genre des thérapeutes. Le focus group et les entretiens seront enregistrés en audio, aucune diffusion ne sera effectuée, l'enregistrement sera détruit après la transcription. Les contenus verbaux seront anonymisés lors de la transcription. Seul·e·s les étudiant·e·s chercheur·euses auront accès aux transcriptions.

Ce qu'implique votre participation à l'étude :

La participation à cette étude est libre et volontaire. La décision de participer ou non au projet vous revient. En tant que participant, vous avez le droit de vous retirer du projet à tout moment, sans aucune conséquence pour vous.

Quels sont les bénéfices/avantages potentiels (le cas échéant) de participer à l'étude ?

Vous participerez au développement de connaissances qui serviront à améliorer la prise en charge des patient·e·x·s trans* et le travail des thérapeutes. Par une participation au focus group, vous bénéficierez d'un moment d'échange avec d'autres collègues thérapeutes.

Quels sont les risques/inconvénients potentiels (le cas échéant) de participer à l'étude ?

Nous estimons que vous n'encourez aucun risque à participer à cette recherche.

Rémunération des participants :

Aucune rémunération ne sera proposée en échange de la participation à cette recherche. Toutefois, une collation sera proposée à la fin du focus group.

Anonymat et confidentialité des données de l'étude :

Toutes les données récoltées et traitées dans le cadre de cette étude sont confidentielles, seront anonymisées et conservées de manière sécurisée, conformément à la Loi fédérale sur la protection des données (RS 235.1) et la Loi relative à la recherche sur l'être humain (RO 2013 3215). Les données originales seront sous la responsabilité de Monsieur Tettamanti, avec l'obligation de stricte confidentialité.

Ce que votre consentement signifie :

En signant la déclaration de consentement, cela signifie que vous acceptez de participer à cette étude de manière volontaire. Votre signature déclare également que vous acceptez l'intégralité des informations de ce document.

Avez-vous d'autres questions ?

Vous êtes invité·e·x·s à nous demander toute clarification nécessaire ou toute information complémentaire. En cas de doute, tout comme en cas de malaise lié à votre participation à cette étude, nous vous invitons à contacter directement la personne responsable du cours.

10.5. QUESTIONNAIRE ADAPTÉ DU « SYNCRONICITY COUNSELING »

Le questionnaire “synchronicity counseling” consiste en une échelle permettant de situer le niveau de transaffirmativité d’un thérapeute. Elle a été créée initialement par Adam Saucedo et nous l’avons ensuite adaptée en questionnaire pour l’utiliser dans notre étude. Il s’agit d’une liste d’affirmations regroupées selon différents niveaux de spécialisation pour les thérapeutes, allant du moins au plus spécialisé : “non-affirmatif”, “neutre”, “novice”, “friendly”, “affirmatif” et finalement “compétent”. Notre but était d’avoir une vision du niveau de spécialisation des thérapeutes interviewé·e·x·s. Toutefois, la forme que nous avons donnée à ce questionnaire ne nous a pas permis de faire ressortir ce niveau de spécialisation. En effet, hormis l’item 30, lae thérapeute lae moins expérimenté·e a globalement coché les mêmes cases que les thérapeutes les plus expérimenté·e·x·s. Notre questionnaire n’était donc pas adapté à différencier les niveaux de spécialisation auprès de thérapeutes déjà reconnus comme spécialisé·e·x·s ou formé·e·x·s, même à minima. Nous ne l’avons donc pas utilisé dans notre recherche.

Les approches pour le travail avec la diversité de genres

(Traduction de Approaches to working with gender diversity de A. Saucedo)
<https://www.synchronicity-counseling.com/approaches-to-working-with-gender>

- 1 = pas du tout d’accord / non
 2 = plutôt pas d’accord / plutôt non
 3 = plutôt d’accord / plutôt oui
 4 = tout à fait d’accord / oui

1	Je n’ai pas de connaissances sur les identités transgenres et/ou sur les diversités de genre.				
2	J’estime que l’utilisation du nom et du pronom choisis par une personne peut donner du crédit à sa maladie mentale.				
3	Je pense que les organes génitaux déterminent le genre d’une personne.				
4	Je pense que le fait de s’identifier à un sexe autre que celui qui lui a été assigné à la naissance est dû à une maladie mentale.				
5	Je ne suis pas intéressé à en savoir plus sur les identités transgenres.				
6	Je suis intéressé à en savoir plus sur les identités transgenres.				
7	J’ai eu des contacts avec des personnes transgenres				
8	J’ai actuellement des contacts avec des personnes transgenres.				
9	Je suis indécis quant à savoir s’il faut désigner quelqu’un par son nom de naissance ou son nom choisi.				
10	Je ne sais pas si le genre est déterminé par les organes génitaux ou d’autres facteurs.				
11	Je n’ai aucune connaissance des identités transgenres ou sur les diversités de genre.				
12	J’ai une connaissance très limitée des identités transgenres ou sur les diversités de genre.				

13	Je n'ai aucun contact avec des personnes transgenres ou d'un genre différent.				
14	J'ai un contact très limité avec des personnes transgenres ou d'un genre différent.				
15	Je suis intéressé par apprendre les différents modèles qui permettent de travailler avec les personnes transgenres.				
16	J'ai une connaissance limitée des identités transgenres et Je suis prêt.e à en apprendre davantage.				
17	J'ai déjà eu des contacts avec des personnes transgenres ou de genre différent et respecte l'expression et l'identité de genre du client.				
18	Je me sens à l'aise en présence de personnes transgenres et de personnes appartenant à d'autres genres.				
19	J'ai créé un environnement favorable aux LGBTIQ+ par le biais d'une documentation sur un site Web ou de matériel de soutien dans le cabinet.				
20	J'ai une certaine connaissance des identités sexuelles diverses et désigne les clients par leur nom et leur pronom exacts, dispose d'une documentation d'accueil positive sur le plan du genre.				
21	J'ai développé, dans une certaine limite, des compétences cliniques par le biais d'une formation, d'une consultation ou de lectures pour aider un client dans l'exploration initiale de son genre.				
22	Je comprend l'histoire de la relation entre les personnes transgenres et non binaires et la communauté médicale et de santé mentale.				
23	J'ai une connaissance de l'impact de la transphobie et des différentes façons dont elle affecte le développement sain.				
24	J'ai commencé à étudier l'intersectionnalité et les privilèges, et ai exploré ma propre vision du genre et des rôles de genre.				
25	Je pense que la diversité des genres et l'expression des genres de toutes sortes sont saines et sont le signe d'une société saine.				
26	Le personnel de mon cabinet, le cas échéant, est respectueux de l'égalité des sexes.				
27	Je suis clinicien de la santé mentale reconnu qui a obtenu un enseignement, une formation, une consultation, une expérience clinique et qui s'engage dans une formation continue pour travailler avec une clientèle diversifiée sur le plan du genre.				
28	Je suis capable de fournir une psychoéducation aux clients concernant les changements sociaux et médicaux de leur genre.				
29	Je fais un apprentissage continu de l'intersectionnalité et de ma propre expérience des privilèges tels que cisgenre, hétérosexuel, race, éducation, classe, etc.				
30	J'ai une expérience de rédaction de divers courriers d'orientation/de soutien pour aider les clients à recevoir des soins respectueux de leur genre (par exemple, hormonothérapie d'affirmation du genre, changement de nom et de marqueur de genre, chirurgie).				
31	J'ai une connaissance des ressources locales (groupes de soutien, endocrinologues, prestataires de services affirmatif·ve·s) et nationales (par exemple WPATH, Trans Lifeline, Transgender Law Center).				

10.6. FORMULAIRES DE CONSENTEMENT (ANONYMISÉS)



FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ POUR PARTICIPANT·E·X·S À UN PROJET DE RECHERCHE

Merci de remplir ce formulaire après avoir lu la notice d'information aux participant·e·x·s et avoir reçu des explications au sujet du projet de recherche

Nom de la recherche de mémoire de master : Résonances des thérapeutes au contexte social :
Comment les thérapeutes traitent et intègrent leurs résonances face aux vécus des patient·e·x·s trans*

Nom du responsable de la recherche : Manuel Tettamanti (PhD, Maître d'enseignement et de recherche)
Institution / Adresse professionnelle : Institut de psychologie, Université de Lausanne, bâtiment Géopolis, UNIL-MOULINE, 1015 Lausanne

Nom du·de la participant·e·x (nom et prénom) :

Identité de genre : Homme Femme Homme trans* Femme trans* Non-binaire Autre
Je ne souhaite pas répondre

Sexe assigné à la naissance : Homme Femme Intersexe
Je ne souhaite pas répondre

Déclarations du participant

Je certifie

- ✓ Que la recherche ci-dessus m'a été expliquée à mon entière satisfaction, et que j'accepte d'y participer de manière volontaire.
- ✓ Comprendre que je peux décider à tout moment de ne plus participer au projet de recherche sans donner de raisons et sans aucune conséquence négative pour moi. Dans ce cas, il suffit de communiquer ma décision aux chercheur·euses.
- ✓ Avoir lu la notice d'information aux participant·e·x·s et avoir reçu une copie de la notice d'information aux participant·e·x·s et du formulaire de consentement éclairé.
- ✓ Avoir été informé(e) que toutes les données traitées dans le cadre du projet de recherche seront collectées et sauvegardées de manière sécurisée et anonyme.
- ✓ Accepter que les données originales soient sous la responsabilité de la personne responsable de la recherche, soumise à une obligation de stricte confidentialité.
- ✓ En cas de doute, tout comme en cas de malaise lié à ma participation à cette étude, je vais contacter la personne responsable de la recherche directement.

Une copie de ce formulaire est pour vous.

Signature :

Date : 25.08.2022

**FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ POUR PARTICIPANT·E·X·S À
UN PROJET DE RECHERCHE. Merci de remplir ce formulaire après
avoir lu la notice d'information aux participant·e·x·s et avoir
reçu des explications au sujet du projet de recherche**

Nom de la recherche de mémoire de master : Résonances des thérapies au contexte social :

Comment les thérapeutes traitent et intègrent leurs résonances face aux vécus des patient·e·x·s trans*

Nom du responsable de la recherche : Manuel Tettamanti (PhD, Maître d'enseignement et de
recherche)

Institution / Adresse professionnelle : Institut de psychologie, Université de Lausanne, bâtiment
Géopelia, UNIL-MOULINE, 1015 Lausanne

Nom et/ou de la participant·e·x·s (nom et prénom)

Identité de genre : Homme Femme Homme trans* Femme trans* Non-binaire Autre

Je ne souhaite pas répondre

Sexe assigné à la naissance : Homme Femme Intersexe

Je ne souhaite pas répondre

Déclarations du participant

Je certifie

- Que la recherche ci-dessus m'a été expliquée à mon entière satisfaction, et que j'accepte d'y participer de manière volontaire.
- Comprendre que je peux décider à tout moment de ne plus participer au projet de recherche sans donner de raisons et sans aucune conséquence négative pour moi. Dans ce cas, il suffit de communiquer ma décision aux chercheuses.
- Avoir lu la notice d'information aux participant·e·x·s et avoir reçu une copie de la notice d'information aux participant·e·x·s et du formulaire de consentement éclairé.
- Avoir été informé(e) que toutes les données traitées dans le cadre du projet de recherche seront collectées et sauvegardées de manière sécurisée et anonyme.
- Accepter que les données originales soient sous la responsabilité de la personne responsable de la recherche, soumise à une obligation de stricte confidentialité.

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ POUR PARTICIPANT·E·X·S À UN PROJET DE RECHERCHE **Merci de remplir ce formulaire après avoir lu la notice d'information aux participant·e·x·s et avoir reçu des explications au sujet du projet de recherche**

Nom de la recherche de mémoire de master : Résonances des thérapeutes au contexte social :
Comment les thérapeutes traitent et intègrent les résonances face aux vécus des patient·e·x·s trans*

Nom du responsable de la recherche : Manuel Tettamanti (PhD, Maître d'enseignement et de recherche)

Institution / Adresse professionnelle : Institut de psychologie, Université de Lausanne, bâtiment Géopolis, UNIL-MOULINE, 1015 Lausanne

Nom du·de la participant·e·x (nom et prénom) :

Identité de genre : Homme Femme Homme trans* Femme trans* Non-binaire Autre
 Je ne souhaite pas répondre

Sexe assigné à la naissance : Homme Femme Intersexe
 Je ne souhaite pas répondre

Déclarations du participant

Je certifie

- Que la recherche ci-dessus m'a été expliquée à mon entière satisfaction, et que j'accepte d'y participer de manière volontaire.
- Comprendre que je peux décider à tout moment de ne plus participer au projet de recherche sans donner de raisons et sans aucune conséquence négative pour moi. Dans ce cas, il suffit de communiquer ma décision aux chercheur·e·s.
- Avoir lu la notice d'information aux participant·e·x·s et avoir reçu une copie de la notice d'information aux participant·e·x·s et du formulaire de consentement éclairé.
- Avoir été informé(e) que toutes les données traitées dans le cadre du projet de recherche seront collectées et sauvegardées de manière sécurisée et anonyme.
- Accepter que les données originales soient sous la responsabilité de la personne responsable de la recherche, soumise à une obligation de stricte confidentialité.
- En cas de doute, tout comme en cas de malaise lié à ma participation à cette étude, je vais contacter la personne responsable de la recherche directement.

Une copie de ce formulaire est pour vous.

Signature :	<input type="text"/>
Date :	le 25 août 2022

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ POUR PARTICIPANT·E·X·S À UN PROJET DE RECHERCHE

Merci de remplir ce formulaire après avoir lu la notice d'information aux participant·e·x·s et avoir reçu des explications au sujet du projet de recherche

Nom de la recherche de mémoire de master : Résonances des thérapeutes au contexte social :
Comment les thérapeutes traitent et intègrent leurs résonances face aux vécus des patient·e·x·s trans*

Nom du responsable de la recherche : Manuel Tettamanti (PhD, Maître d'enseignement et de recherche)
Institution / Adresse professionnelle : Institut de psychologie, Université de Lausanne, bâtiment Géopolis, UNIL-MOULINE, 1015 Lausanne

Nom du·de la participant·e·x (nom et prénom) : _____

Identité de genre : X Homme Femme Homme trans* Femme trans* Non-binaire Autre
Je ne souhaite pas répondre

Sexe assigné à la naissance : X Homme Femme Intersexe
Je ne souhaite pas répondre

Déclarations du participant

Je certifie

- ✓ Que la recherche ci-dessus m'a été expliquée à mon entière satisfaction, et que j'accepte d'y participer de manière volontaire.
- ✓ Comprendre que je peux décider à tout moment de ne plus participer au projet de recherche sans donner de raisons et sans aucune conséquence négative pour moi. Dans ce cas, il suffit de communiquer ma décision aux chercheur·e·s.
- ✓ Avoir lu la notice d'information aux participant·e·x·s et avoir reçu une copie de la notice d'information aux participant·e·x·s et du formulaire de consentement éclairé.
- ✓ Avoir été informé(e) que toutes les données traitées dans le cadre du projet de recherche seront collectées et sauvegardées de manière sécurisée et anonyme.
- ✓ Accepter que les données originales soient sous la responsabilité de la personne responsable de la recherche, soumise à une obligation de stricte confidentialité.
- ✓ En cas de doute, tout comme en cas de malaise lié à ma participation à cette étude, je vais contacter la personne responsable de la recherche directement.

Une copie de ce formulaire est pour vous.

Signature : _____
Date : 23.8.22

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ POUR PARTICIPANT-E-X-S À UN PROJET DE RECHERCHE

Merci de remplir ce formulaire après avoir lu la notice d'information aux participant-e-x-s et avoir reçu des explications au sujet du projet de recherche

Nom de la recherche de mémoire de master : Résonances des thérapeutes au contexte social :
Comment les thérapeutes traitent et intègrent leurs résonances face aux vécus des patient-e-x-s trans*

Nom du responsable de la recherche : Manuel Tettamanti (PhD, Maître d'enseignement et de recherche)
Institution / Adresse professionnelle : Institut de psychologie, Université de Lausanne, bâtiment Géopolis, UNIL-MOULINE, 1015 Lausanne

Nom du de la participant-e-x (nom et prénom) : [REDACTED]

Identité de genre : Homme Femme Homme trans* Femme trans* Non-binaire Autre
 Je ne souhaite pas répondre

Sexe assigné à la naissance : Homme Femme Intersexe
 Je ne souhaite pas répondre

Déclarations du participant

Je certifie

- Que la recherche ci-dessus m'a été expliquée à mon entière satisfaction, et que j'accepte d'y participer de manière volontaire.
- Comprendre que je peux décider à tout moment de ne plus participer au projet de recherche sans donner de raisons et sans aucune conséquence négative pour moi. Dans ce cas, il suffit de communiquer ma décision aux chercheureuses.
- Avoir lu la notice d'information aux participant-e-x-s et avoir reçu une copie de la notice d'information aux participant-e-x-s et du formulaire de consentement éclairé.
- Avoir été informé(e) que toutes les données traitées dans le cadre du projet de recherche seront collectées et sauvegardées de manière sécurisée et anonyme.
- Accepter que les données originales soient sous la responsabilité de la personne responsable de la recherche, soumise à une obligation de stricte confidentialité.
- En cas de doute, tout comme en cas de malaise lié à ma participation à cette étude, je vais contacter la personne responsable de la recherche directement.

Une copie de ce formulaire est pour vous.

Signature :	[REDACTED]
Date :	25.08.22

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ POUR PARTICIPANT·E·X·S À UN PROJET DE RECHERCHE Merci de remplir ce formulaire après avoir lu la notice d'information aux participant·e·x·s et avoir reçu des explications au sujet du projet de recherche

Nom de la recherche de mémoire de master : Résonances des thérapeutes au contexte social :
Comment les thérapeutes traitent et intègrent leurs résonances face aux vécus des patient·e·x·s trans*

Nom du responsable de la recherche : Manue Tettamanti (PhD, Maître d'enseignement et de recherche)

Institution / Adresse professionnelle : Institut de psychologie, Université de Lausanne, bâtiment Géoparis, UNIL-MOJLINE, 1013 Lausanne

Nom du·de la participant·e·x (nom et prénom) 

Identité de genre : Homme Femme Homme trans* Femme trans* Non-binaire Autre
 Je ne souhaite pas répondre

Sexe assigné à la naissance : Homme Femme Intersexe
 Je ne souhaite pas répondre

Déclarations du participant

Je certifie

- Que la recherche ci-dessus m'a été expliquée à mon entière satisfaction, et que j'accepte d'y participer de manière volontaire.
- Comprendre que je peux décider à tout moment de ne plus participer au projet de recherche sans donner de raisons et sans aucune conséquence négative pour moi. Dans ce cas, il suffit de communiquer ma décision aux chercheuses.
- Avoir lu la notice d'information aux participant·e·x·s et avoir reçu une copie de la notice d'information aux participant·e·x·s et du formulaire de consentement éclairé.
- Avoir été informé(e) que toutes les données traitées dans le cadre du projet de recherche seront collectées et sauvegardées de manière sécurisée et anonyme.
- Accepter que les données originales soient sous la responsabilité de la personne responsable de la recherche, soumise à une obligation de stricte confidentialité.
- En cas de doute, tout comme en cas de malaise lié à ma participation à cette étude, je vais contacter la personne responsable de la recherche directement.

Une copie de ce formulaire est pour vous.

Signature :	
Date :	23 août 22

1

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ POUR PARTICIPANT-E-X-S À UN PROJET DE RECHERCHE

Merci de remplir ce formulaire après avoir lu la notice d'information aux participant-e-x-s et avoir reçu des explications au sujet du projet de recherche

Nom de la recherche de mémoire de master : Résonances des thérapeutes au contexte social :
Comment les thérapeutes traitent et intègrent leurs résonances face aux vécus des patient-e-x-s trans*

Nom du responsable de la recherche : Manuel Tettamanti (PhD, Maître d'enseignement et de recherche)
Institution / Adresse professionnelle : Institut de psychologie, Université de Lausanne, bâtiment Géopolis, UNIL-MOULINÉ, 1015 Lausanne

Nom du de la participant-e-x (nom et prénom) : [REDACTED]

Identité de genre : Homme Femme Homme trans* Femme trans* Non-binaire Autre
 Je ne souhaite pas répondre

Sexe assigné à la naissance : Homme Femme Intersexe
 Je ne souhaite pas répondre

Déclarations du participant

Je certifie

- Que la recherche ci-dessus m'a été expliqué à mon entière satisfaction, et que j'accepte d'y participer de manière volontaire.
- Comprendre que je peux décider à tout moment de ne plus participer au projet de recherche sans donner de raisons et sans aucune conséquence négative pour moi. Dans ce cas, il suffit de communiquer ma décision aux chercheurs.
- Avoir lu la notice d'information aux participants et avoir reçu une copie de la notice d'information aux participants et du formulaire de consentement éclairé.
- Avoir été informé(e) que toutes les données traitées dans le cadre du projet de recherche seront collectées et sauvegardées de manière sécurisée et anonyme.
- Accepter que les données originales soient sous la responsabilité de la personne responsable de la recherche, soumise à une obligation de stricte confidentialité.
- En cas de doute, tout comme en cas de malaise lié à ma participation à cette étude, je vais contacter la personne responsable de la recherche directement.

Une copie de ce formulaire est pour vous.

Signature :	[REDACTED]
Date :	28.07.2022

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ POUR PARTICIPANT-E-X-S À UN PROJET DE RECHERCHE

Merci de remplir ce formulaire après avoir lu la notice d'information aux participant-e-x-s et avoir reçu des explications au sujet du projet de recherche

Nom de la recherche de mémoire de master : Résonances des thérapeutes au contexte social :
Comment les thérapeutes traitent et intègrent leurs résonances face aux vécus des patient-e-x-s trans*

Nom du responsable de la recherche : Manuel Tettamanzi (PhD, Maître d'enseignement et de recherche)
Institution / Adresse professionnelle : Institut de psychologie, Université de Lausanne, bâtiment Géopolis, UNIL-MOJUNE, 1015 Lausanne

Nom de la participant-e-x (nom et prénom) : [REDACTED]

Identité de genre : Homme Femme Homme trans* Femme trans* Non-binaire Autre
 Je ne souhaite pas répondre

Sexe assigné à la naissance : Homme Femme Intersexé
 Je ne souhaite pas répondre

Déclarations du participant

Je certifie

- Que la recherche ci-dessus m'a été expliquée à mon entière satisfaction, et que j'accepte d'y participer de manière volontaire.
- Comprendre que je peux décider à tout moment de ne plus participer au projet de recherche sans donner de raisons et sans aucune conséquence négative pour moi. Dans ce cas, il suffit de communiquer ma décision aux chercheuses.
- Avoir lu la notice d'information aux participant-e-x-s et avoir reçu une copie de la notice d'information aux participant-e-x-s et du formulaire de consentement éclairé.
- Avoir été informé(e) que toutes les données traitées dans le cadre du projet de recherche seront collectées et sauvegardées de manière sécurisée et anonyme.
- Accepter que les données originales soient sous la responsabilité de la personne responsable de la recherche, soumise à une obligation de stricte confidentialité.
- En cas de doute, tout comme en cas de malaise lié à ma participation à cette étude, je vais contacter la personne responsable de la recherche directement.

Une copie de ce formulaire est pour vous.

Signature :	[REDACTED]
Date :	06.09.2022

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ POUR PARTICIPANT-E-X-S À UN PROJET DE RECHERCHE

Merci de remplir ce formulaire après avoir lu la notice d'information aux participant-e-x-s et avoir reçu des explications au sujet du projet de recherche

NOM de la recherche de mémoire de master : Résonances des thérapeutes au contexte social :
Comment les thérapeutes traitent et intègrent leurs résonances face aux vécus des patient-e-x-s trans*

Nom du responsable de la recherche : Manuel Tetamanti (PhD, Maître d'enseignement et de recherche)
Institution / Adresse professionnelle : Institut de psychologie, Université de Lausanne, bâtiment Géopolis, UNIL-MOULINE, 1015 Lausanne

Nom de de la participant-e-x (nom et prénom) : [REDACTED]

Identité de genre : Homme Femme Homme trans* Femme trans* Non-binaire Autre
 Je ne souhaite pas répondre

Sexe assigné à la naissance : Homme Femme Intersexé
 Je ne souhaite pas répondre

Déclarations du participant

Je certifie

- Que la recherche ci-dessus m'a été expliquée à mon entière satisfaction, et que j'accepte d'y participer de manière volontaire.
- Comprendre que je peux décider à tout moment de ne plus participer au projet de recherche sans donner de raisons et sans aucune conséquence négative pour moi. Dans ce cas, il suffit de communiquer ma décision aux chercheur-euses.
- Avoir lu la notice d'information aux participant-e-x-s et avoir reçu une copie de la notice d'information aux participant-e-x-s et du formulaire de consentement éclairé.
- Avoir été informé(e) que toutes les données traitées dans le cadre du projet de recherche seront collectées et sauvegardées de manière sécurisée et anonyme.
- Accepter que les données originales soient sous la responsabilité de la personne responsable de la recherche, soumise à une obligation de stricte confidentialité.
- En cas de doute, tout comme en cas de malaise lié à ma participation à cette étude, je vais contacter la personne responsable de la recherche directement.

Une copie de ce formulaire est pour vous.

Signature :	[REDACTED]
Date :	01.09.22

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ POUR PARTICIPANT·E·S À UN PROJET DE RECHERCHE

Merçi de remplir ce formulaire après avoir lu la notice d'information aux participant·e·s et avoir reçu des explications au sujet du projet de recherche

Nom de la recherche de mémoire de master : **Résonances des thérapeutes au contexte social : Comment les thérapeutes traitent et intègrent leurs résonances face aux vécus des patient·e·s trans***

Nom du responsable de la recherche : Manuel Tattamanti (PhD, Maître d'enseignement et de recherche)
Institution / Adresse professionnelle : Institut de psychologie, Université de Lausanne, bâtiment Géopolis, UNIL-MOULINE, 1015 Lausanne

Nom du/de la participant·e·s (nom et prénom) : [REDACTED]

Identité de genre : Homme Femme Homme trans* Femme trans* Non-binaire Autre
 Je ne souhaite pas répondre

Sexe assigné à la naissance : Homme Femme Intersexe
 Je ne souhaite pas répondre

Déclarations du participant

Je certifie

- Que la recherche ci-dessus m'a été expliquée à mon entière satisfaction, et que j'accepte d'y participer de manière volontaire.
- Comprendre que je peux décider à tout moment de ne plus participer au projet de recherche sans donner de raisons et sans aucune conséquence négative pour moi. Dans ce cas, il suffit de communiquer ma décision aux chercheur·e·s.
- Avoir lu la notice d'information aux participant·e·s et avoir reçu une copie de la notice d'information aux participant·e·s et du formulaire de consentement éclairé.
- Avoir été informé(e) que toutes les données traitées dans le cadre du projet de recherche seront collectées et sauvegardées de manière sécurisée et anonyme.
- Accepter que les données originales soient sous la responsabilité de la personne responsable de la recherche, soumise à une obligation de stricte confidentialité.
- En cas de doute, tout comme en cas de malaise lié à ma participation à cette étude, je vais contacter la personne responsable de la recherche directement.

Une copie de ce formulaire est pour vous.

Signature :	[REDACTED]
Date :	06.09.2022

10.7. TABLEAUX D'ANALYSES

10.7.1. FOCUS GROUP

Thèmes	Thérapeute 1	Thérapeute 2	Thérapeute 3	Thérapeute 4	Thérapeute 5	Thérapeute 6	Thérapeute 7
Ressentis thérapeutes positifs	De l'élan 478 Se sentir mobilisé 479-480 Gratitude 485 Tendresse 493-495 Courage 632, 639-640 Oser s'affirmer soi 638-640 Se questionner 641 Être parents 642 Remise en question 755	Responsabilité 405, 410 En général, partage de valeurs 418 Questionnement 415, 420 Réflexion sur son parcours de thérapeute 559-560 Permet de comprendre lae patientEX 566-567 Réassurance sur ses propres différences 567-570	Fierté 311, 322 Réchauffe le cœur 324, 328 Bouleversée 706, 712 Émue 707 Motivation 714	Tendresse 281, 297, 299 Admiration 295 Fierté 296, 680 Affection, intimité, lien fort 297-298 Amour 299 Empathie 304 Fierté de soi 681 Plaisir de négocier l'alliance (statut, pouvoir, etc), euphorie, créativité 918-923	Complicité 435 Découverte 437 Altérité 440 Tendresse 444-445 Tendresse 442-443 Modestie 452 Questionnement 466 Admiration 1167-1169	Admiration 370, 375 L'existentiel se joue 540-541 Vivre des choses 1031-1032	Curiosité 339 Découverte 346 Affection 354 Altérité 611 Belles rencontres/suivis 618 Ému 723 Agréable et désagréable 979 Pas les patientEXs qui lui font vivre le plus dur 993-994
Ressentis thérapeutes négatifs	Déstabilisant au niveau de la posture 773 Solitude, isolée 1065-1066 Impuissance 1092 Révolte 1092	Injustice 404-405 Non partage de valeurs 418-419 Heurtée 421, 423 Poids du gatekeeper 406 Manque de légitimité à aborder d'autres sujet 874-878, 887-890 Se sentir peu légitime 882-885 Crainte d'interférer dans le processus 884-885	Agacement 329 Difficulté avec les temporalités ado vite 835-839 Impuissance difficile à vivre 970-971	Sentiments difficiles 301, 305 Tristesse 304 Être critiqué par les collègues 671-673 A de la peine à négocier avec les jeunes (statut, pouvoir, etc) 925-930 Difficulté avec questions sur opérations 932-934, 948-949 Doutes et ambivalences	Heurté 466 Se sentir pris à parti dans ses convictions 468 Questionnement sur statut + privilège 583-586 Légitimité et temporalité 851-854, 860-862	Impuissance face à vécu difficile 380-381, 386, 387, 392 Se sentir écartelé (temporalités) 384-385, 784-791 Touché 393 Mouvement maternant 522-525 Être chamboulé 535	Révolte 340 Touché 344 Questionné (négatif) 345 Révolte 347 Injustice 348 Les situations dramatiques sont difficiles à vivre et font ressentir de l'injustice 352-353 Souffrance 620 Impuissance 619, Agréable et désagréable 979

		Solitude (sans collègue) 1050 Bloque sur les enjeux institutionnels 1052-1054		concernant la transition physique et donc pour conseiller 939-943 Traumatisme secondaire, souffrance après transition 941			Impuissance 983-985
Ressentis thérapeutes en lien avec le statut minoritaire	multi-vulnérabilité, marginalisation 156-157, 634 Engagement activiste personnel 480-481 schizophrène en liberté 636 Vécu de personnes NB 642-644 Etre parent NB 641-642,647-648 Personnes précaires, vulnérables, qui vivent discrimination 1079-1082	Résonance sur l'image du corps 563-564 Migration 177, 412 Statuts précaires 402 Aide finance menstruel femmes 1275-1278	Être femme, migrante, musulmane, chrétienne, célibataire sans enfant 824-827 Migration 190-192 325, 699, 1116 Femme (sur les besoins spécifiques à reconnaître plutôt que de le pathologiser)	Migration 212-223 Homosexualité (trouble) 1134-1135, 1266	Migration 439-440, 580, Racisme 1167-1169		Être homosexuel 606 Discrimination personnelle (gay) 607-608 Être migrant 609-612 Migration 613-617
Déterminants socio-contextuels : les démarches de transition		Nécessité de voir un psy sans avoir de trouble 880-882	Transition : glissement de pouvoir (hommes trans* font expérience du privilège d'être un homme après avoir été femme et vice-versa) 1175	Conseiller sur les transitions médicales 939-944 Opérations : enjeu financier, assurance, risque, voyage pour accéder 936-939 Proposer de consulter d'autres personnes, se renseigner (internet,			Trouble à différencier de maladie/ symptômes/ syndromes 1109-1111 Trouble pour accès aux soins 1231-1233

				autres professionnels) sur les questions difficiles (ici transition) 944-949			Enjeu pour accès aux soins 1234-1237, 1242-1244 Faut-il forcément enlever l'aspect diagnostic pour enlever l'aspect discrimination ? Avoir un trouble ne signifie pas avoir moins de valeur 1225-1230
Déterminants socio-contextuels : les enjeux de société	Concilier des milieux contradictoires (trad/trans*) 654-655, 657-658 Un enjeu sociétal 497 Maintenir des ponts entre tradition et transidentité 650-653 Maintenir des ponts entre tradition et transidentité 650-653	PatientEXs en général de gauche 417-419 428 Vient questionner l'acquis 557 874-876 Amène à des enjeux institutionnels parfois 1055-1056 Peu reconnu de manière institutionnelle 1203 - 1211, 1212-1214	Un parcours d'affirmation de soi 710 Pas un problème en soi, contexte pose pb 1117-1118, 1119-1120 Manque de visibilité dans les institutions 1218	Solidarité entre elleux 687-688 Diversité des vécus et des idées 458-460 Collectif donne courage pour faire du collectif 690-692 Trouble est une construction sociale 1136 Trouble que dans le regard de ceux qui le pensent 1137-1138	446-448 Pas forcément solidaires entre elleux 460-461 Bons/mauvais trans* 463 Communauté politisée 464 Questionne le genre 577-579 Le contexte pose le problème (différencier le problème lui-même du problème posé par le contexte) 1123-1129	Affirmation de soi, de son existence, de son identité 375-376 Remet en question la vision hétéro-cisnormative, patriarcale de la société 530-535 538-539 Traits, enjeux communs 1024	Questionne le genre 600-601
Déterminants socio-contextuels : l'évolution de la transidentité	656	314-318 322-324 400-401 403-404 1058-1059 Sensibilisation dans les écoles 1212-1213	Les choses s'apaisent avec famille 705-706 Transidentité trouble ou pas = pas un dilemme en soi 1119-1120	284-294 Selon OMS, DSM : plus un trouble 1250-1254 Ère du post-trouble 1263	465-466, 469, 846-848, 899, Poids du passé des soins sur la thérapie actuelle 901-912	370-371, 373-374, 388-391, 395-396, 782-783	348-351 363-364 Toujours un trouble car dans les classifications internationales 1103-1104

			Passage de trouble a besoin spécifique d'une pop. 1274-1275 CIM11 : trouble mental à santé sexuelle 1282-1284 Une population aux Besoins spécifiques 1274-1275, 1280-1281				Transidentité, trouble ou pas 1104-1106 Dangers de l'évolution vers le non-trouble = retrait des prises en charge pour les actes médicaux 1254-1257
Positions thérapeutiques : apprenant	Maintenir des ponts entre tradition et transidentité 650-653	Ne pas savoir à la place de 412, 414-415 552-556		PatientEXs doivent se justifier auprès des thérapeutes, les éduquer 1005-1008	438 Apprendre du patient 452-454 Être modeste 455-456		613-615
Positions thérapeutiques : novice							
Positions thérapeutiques : expert	Engagement 473 Investissement 475, 496 Échange (écosystème) 487 Porte-voix 494 Compagnonnage 494 Aller au-delà de ce que les patientEXs amènent 498-501 Utiliser les enjeux sociétaux en thérapie 503-504 Diversité des investissements thérapeutiques 754-755	Être un porte-voix 411 Humilité 413 Faire avec des valeurs différentes 416-417, 425-426	Multiples batailles 666-669 Batailler avec 698-701 Se battre pour l'amour 713-714 Accompagnant et partenaire 963-964	Bataille 664 Batailler avec 674-676 S'engager pour un soin de qualité 741-742	Compagnonnage 434 Construire ensemble 440 Gérer la non-neutralité lié au genre 587-594 Se battre avec 731-733 Gérer le « narratif transsexuel » pour créer une bonne alliance 863-866	Plusieurs dimensions (humaines et thérapeutique) 516-517	Amène plus souvent le thérapeute à batailler avec 718-719 Tenir compte de l'entourage 721-722

	Afficher des infos sur son site internet 760-761 Vit de mauvaises expériences 771 Importance de la déconstruction, de réfléchir à l'intersectionnalité 1070-1071 Sentiment d'appartenance, Moins de méfiance sans le/la connaître 1075-1079						
Positions thérapeutiques : être un thérapeute trans		N'a pas de parcours de transition 562	Thérapeute non concerné doit se justifier/légitimer 826-829	Rencontrer des personnes concernées (opérations) 944-947	Thérapeute non concerné doit se justifier/légitimer 858-860	Plus de connexions et plus d'attention 518-522 Ne pas donner de direction mais être un exemple positif 527-528	
Positions thérapeutiques : gatekeeper		Gatekeeping qui permet de 406			Position de gatekeeper 846-848	Consentement éclairé 779-782 Position de gatekeeper 782-783	
Positions thérapeutiques : réflexive	Politisé ou pas politisé 482-483 Nourrit ses réflexions 486-487 Nourrit ses positions 490 Utile, permet de porter des choses 491-493	Envie de bien faire 408 Bons/mauvais trans* 423, 427 Se redéfinir 424 Pouvoir de décision 426 Amène à se repositionner sur son identité 554-555	Mets ses résonances sur la table dans la thérapie 962-963 Nommer ses résonances 964-965	Parler d'autres sujets ou non 897-906		Faire la part de ce qui nous appartient, peut être utile à la thérapie 1028-1030 Travailler sur soi 1032-1033	Questionner son genre 602-603 Analyser, ressentir, identifier, voir ce qui m'appartient à moi, vient réveiller en moi, réfléchir comment l'utiliser, ce que je peux dire, à quel

		Parler d'autres sujets ou non 874-877, 878-879					moment, formulation 979-982 Nommer, assumer n'avoir plus d'outil pour gérer 986-988 Met les résonances sur la table, les intègre dans la thérapie si pertinent 989-991
Positions thérapeutiques : de pouvoir	Gérer les privilèges pour une bonne alliance 752-759 Être conscient de ses privilèges ne résout pas tout 760-763 Met plus en exergue les différences de pouvoir/privilèges 763-766, 1085-1088 Fait buter le thérapeute 768-771		Ne pas parentiser 312-313 Statut privilégié dans la relation 818-823 Travail de déconstruction des privilèges 817-818, 829-832	Influence des privilèges malgré tolérance/ouverture 582-583, 587-594 Ne bute pas, plaisir de négocier l'alliance, le pouvoir 918-923	Blanc, suisse 581-586 Cisgenre 587-594		Autorité, privilège psychiatre-médecin 797-808 Privilège conféré par contexte 804 Nommer, expliquer être conscient des privilèges ne résout pas tout 810-814
Famille : aspects difficiles			Pas tout rose, pas gagné d'avance 708-709			Difficulté d'en parler avec 372-373 Difficulté d'affirmation dans 375-376 Temporalité longue à s'adapter et retarde les ttt 381-382	Rejet famille, mégenrage 340-344 Rejet 350-351 Acceptation 363-364 Peut bien se passer 725-726 Se battre pour le lien familial en tant que

							thérapeute 725-727
Famille : aspects positifs			Les choses s'apaisent avec famille 705-706				
Discriminations : sociales			Peuvent vivre le pouvoir (homme) et son absence (femme) dans une même vie. 1173-1182 Sexisme : Homme trans* vs. Femme trans* 1175-1184				
Discriminations : spécifiques	Formulaires 643-644	Accès soins 408-409 Peu de thérapeutes spécialisés dans certains cantons 1052-1054 Concrètes (toilettes, vestiaires, contrôleur de bus, ..) 1205-1212	Systèmes d'oppression, collègues maltraitant, abus de pouvoir, 702-704 Micro-agressions (être considéré ou non le chef de famille en fonction de son genre) 1184-1187	Bataille avec les formulaires, état-civil, école, autorités, entourage, pour les ttt, 666-669 assurances, formulaires, bonnes formulations 675-676 Accès aux soins différent d'un pays à l'autre 936-939	Obligation de consulter 449 Discriminations liées au genre 1157-1160 Les réseaux sociaux 1165-1167	Enlever (amputer) une partie de sa vie 391, 394-395	Diagnostic : trouble 1228-1229, 1238-1242 Trouble pour accès aux soins 1234-1237, 1242-1244, 1256-1259
Discriminations : violences				Vécu de violence sexuelle, physique, .. (pas que les trans*, mais bcp chez elleux) 1193-1198			
Discriminations : cumulées			Plus on cumule, plus on est discriminé 1187-1190	Plus il y a d'intersections plus il faut s'impliquer 733-742 Ados+trans*, plus compliqué, bute 925-930			Neurodivergence 355-356, 365 Plus il y a de symptômes plus c'est difficile 984-985

Discriminations : intériorisées							
Besoins des thérapeutes : Supervisions		Supervision 420-421 Besoin de participer à supervision 1043-1045 Besoin d'échanger, supervision safe 1045-1047, 1058-1060	Besoin de Supervisions formelle 966-968 Besoin de supervision, surtout quand impuissance 969-971	Besoin d'Environnement safe 1003-1004		Se décharger questions trans* ou autre, traumas 1033-1037	
Besoins des thérapeutes : apprentissage	La littérature radicale, quand yel bute, impuissance 1082-1085 Nouvelles idées, créativité, chercher en dehors de la transidentité 1086-1093						
Besoins des thérapeutes : réseau de soutien	Avoir une communauté d'appartenance 1065-1066 Besoin de communauté 1066 Besoin d'échange et de collaboration 1067-1070 S'entourer d'une communauté safe 1071-1075	182 Besoin d'échanger avec les collègues 1043-1045 Avoir des collègues safes, pouvoir leur passer des patientEXs 1057-1058	193-195 195- 197 Besoin de Supervisions informelle 966-968 Besoin de collègues safe, échanger de manière safe 973-974	210-211 La transidentité amène un sentiment de communauté/solidarité entre professionnels 679-689, 690 Besoin de Collègues safe 1008-1010 Besoin de Groupe d'appartenance 1010-1012	251-252, 435-436 Besoin de Groupe d'appartenance 1017-1020	Supervision classique : se battre, éduquer avec collègue non-formé 1018-1020 Espace safe, même voc, personnalité, patientEXs 1021-1027	

10.7.2. THÉRAPEUTE 7

Thèmes	Thérapeute 7
Ressentis thérapeutes positifs	<p>Au début :</p> <p>...</p> <p>Ensuite :</p> <p>Naturel 59</p> <p>Empathie 78, 92</p> <p>Compréhension de la personne 78</p> <p>Touché 85, 220, 226, 287</p> <p>Lien qui se crée 203</p> <p>Sympathie 219</p> <p>Ému 227</p> <p>Compréhension amène plus de lien avec les patientEXs 249-251</p> <p>Comprend les inquiétudes 282</p> <p>Utile, efficient 391, 393, 410</p> <p>Valorisant 392</p> <p>Génère particulièrement un sentiment d'utilité chez le thérapeute 393-394, 410-411</p>
Ressentis thérapeutes négatifs	<p>Au début :</p> <p>Bizarre, étrange 15, 41, 44-45,</p> <p>Incompréhension 16</p> <p>Vécu difficile 18-19</p> <p>Agacement 19, 24-25</p> <p>Énervement 21-22</p> <p>Mal vécu 24-25</p> <p>Tensions 31</p> <p>S'est senti perturbé 40</p> <p>Curiosité 45, 47, 49</p> <p>Quelque chose de fou 70</p> <p>Pas intéressé par la situation sociale 96</p> <p>Choqué 96, 102-103, 111, 617</p> <p>Identification avec le père rejetant 106</p> <p>Heurté 114</p> <p>Bousculé 116</p> <p>Ensuite :</p> <p>Des moments d'agacement 65</p> <p>Colère 79</p> <p>Injustice 79</p> <p>Révolté 85, 92</p> <p>Injustice inconcevable 85-86</p> <p>Mettre trop à nu le patient 174</p> <p>Colère et injustice 208-209</p> <p>Impuissance 283</p> <p>Horrible (mis à la porte) 328</p>
Ressentis thérapeutes en lien avec le statut minoritaire	<p>Sexualité 154</p> <p>Migration 380-381, 607-609</p> <p>Homosexualité 579, 586-587</p>
Déterminants socio-contextuels : les démarches de transition	<p>Met à nu car nécessite de parler de ses organes génitaux 167-170, 176-177, 270, 552-554</p> <p>Courrier endocrinologue 398-400</p> <p>Toujours dans les classifications 402-403</p>

Déterminants socio-contextuels : les enjeux de société	Remet en question les représentations homme/femme 39-40 Bouscule les normes sociales 71-72, 74-75 Bouscules la pensée chrétienne 75 Rejeté par la société 80 La transidentité bouscule les repères, les représentations 116 Incohérence dans le comportement de la société 129-130 En dehors des normes 133-135 Peut bien se passer 220-221 Dépend de facteurs multiples 229-230 Quelque chose de fondamental 363 Régie par des lois 459-461 Chamboule tout le système 618
Déterminants socio-contextuels : l'évolution de la transidentité	Quelque chose de contradictoire qu'on ne peut pas penser 107-108 Changement d'identité facilité 404-407 Pas toujours, pas partout 587-589 Évolution avec le temps 66, 67-69, 247-248
Positions thérapeutiques : apprenant	Apprendre du patient 53-54, 247-248, 255 Grâce aux rencontres avec les patientEXs, 59, 97, 122-123, 125-126, 242-244, 480-482
Positions thérapeutiques : novice	Incompréhension 23, 29-30 Micro-agression par erreur 29-30 Il est différent de le savoir en théorie que de le vivre en pratique 35-38 Nécessite d'avoir une représentation mentale de ce que ça représente pour la comprendre 59-61 Peut encore employer un vocabulaire inadéquat malgré une certaine expérience 67 Bouscule les normes sociales du thérapeute 71-72 Penser que la transidentité vient d'un coup 108-109 Clarifie le genre du thérapeute 482-486, 492-493 Parité homme/femme trans* 532-533
Positions thérapeutiques : expert	Nécessite prise en charge sociale 88-90, 92-94 « La personne se vit du genre dans laquelle elle se dit et qu'elle est comme ça » 128-129 « Un garçon qui a des organes féminins, c'est un garçon » 131, 170-171 Les difficultés ne sont pas forcément liés à la transidentité mais à la qualité du lien et au patient 143-145 Aborde la sexualité avec ses patients 154 Aborder le thème de la sexualité avec les personnes trans* 165-166 Est prudent 182-183 S'assure de l'accord du patient pour aborder un thème 183-184 Génère des attitudes de protection 184 Exprimer ses émotions au patientEXs 190 Utiliser son ressenti 195-196 La compréhension du thérapeute renforce le lien thérapeutique 200-203 Ne consultent pas forcément pour la transidentité 216-217 « c'est pas juste des idées folles...du cirque... c'est vraiment comme ça qu'elle le vit... qu'elle se ressent à l'intérieur... cherche une cohérence avec son corps et puis le comportement social des autres » 244-247 Gérer les inquiétudes des patientEXs 282-283 Travailler ce qui préoccupe le patient 285-287 Distinguer comorbidités de transidentité 300-304 Devoir se battre 344-347, 354-355 Aider patient dans acceptation de l'entourage 351-354

	<p>Embarque le thérapeute dans la bataille 357-360, 365-367, 611 Batailler au côté de patient n'est pas forcément le rôle du thérapeute 360-361 S'engager pour le patient s'il n'y arrive pas lui-même 363-364 Alliance avec lae patientEX 367 Être soutenant 392 Responsabilité 397-398 La transidentité nécessite des actions concrètes 410-411 Nécessite habitude et connaissances 429-431 Pas de différence de traitement entre homme/femme trans* 537</p>
Positions thérapeutiques : être un thérapeute trans	
Positions thérapeutiques : gatekeeper	Rôle de gatekeeper 394-396, 399-400, 403-404, 465-470, 474-476
Positions thérapeutiques : réflexive	<p>Evolution grâce à la formation d'une représentation mentale de la transidentité 59-61 Clarifie le genre du thérapeute 482-486</p>
Positions thérapeutiques : de pouvoir	<p>Le genre du thérapeute a une influence 497, 503-507, 508, 509-510, 525-529 Pas de réflexion sur les privilèges 517 Enjeux autour du pouvoir chez hommes trans* 542-551</p>
Famille : aspects difficiles	<p>Mégenrage 21 Difficile à appréhender 194 Difficulté d'en parler 217-218, 333-334 Un parent peut bien l'accepter et l'autre non 227-228 Crainte d'en parler à la famille (rejet, rupture) 334-335 Plus difficile si dépendant des parents 335-337 Attaques alors que censé être le noyau qui protège 568-571, 579-586, Change le mythe familial 615-616 Crise inévitable pour surmonter 619-621</p>
Famille : aspects positifs	<p>Présence de l'entourage est spécialement importante 90-91, 337-339 Peut bien se passer aussi 221-226, 304-309 Pas de mégenrage 306-307 Processus de « transition » familiale 621-623</p>
Discriminations : sociales	<p>Rejeté par la société 81, 258 Rejeté par la famille 81-84, 327-328, 568-571 Ne plus pouvoir aller en cours 87-88 Injustices 258 Engendre injustice, rejet, discrimination, crainte, souffrance et mise à l'écart 258-263, 284-285</p>
Discriminations : spécifiques	<p>Mégenrage 21, 342-344 Accès aux soins 23, 29-30, 401-402, 434-437, (petitesse de la Suisse) 416-420, 442-443, 450 (se débrouiller seul) 421-422, (mauvaises expériences avec pro) 425 (déplacements) 426, 438-439, 441, (limites légales) 459-461, Manque de formation en médecin/psychiatrie 72-73 Au travail : difficulté d'en parler 217-218 Thérapeute pense automatiquement que ça se passera mal avec la famille 221-222 Engendre rejet, regards, discrimination et crainte d'en parler 258-263, 344-347 Devoir cacher sa transidentité 263-264, 270 Devoir rompre avec ses amis 267-268</p>

	<p>Difficulté dans les lieux publics (douche, piscine) 269-270, 275, 290 Peur d'être démasqué 270, 274-277 Vivent de l'angoisse, de la souffrance et ne sont pas libres d'être eux-mêmes dans toutes les situations 277-279 Vivre dans l'angoisse tout le temps 288 Le patient ramène tous ces problèmes à la transidentité 291-294 Pas expérience totale 311-312 Moqueries 348-349 Vécu difficile en foyer 349 Expérience totale oui 373-374, 381, 578-579, 602-604, 610-611 Être aidé est nécessaire à leur survie psychique 385 Faire reconnaître son identité pour rester en bonne santé 385-388 Devoir se battre pour faire accepter son identité 386-387 Différence de discrimination entre homme et femme trans*</p>
Discriminations : violences	
Discriminations : cumulées	<p>Phobie sociale 290-291 Problèmes psychiatriques 339-340, 364-365</p>
Discriminations : intériorisées	373-374, 381, 578-579, 602-604, 610-611
Besoins des thérapeutes : Supervisions	
Besoins des thérapeutes : apprentissage	<p>Manque en médecin/psychiatrie 72-73 Apprendre par la lecture 248</p>
Besoins des thérapeutes : réseau de soutien	<p>Créer un centre de pluridisciplinaire de prise en charge 429-431, 446-449, Répertorier les professionnel·le·s alliés/formées 452-454</p>

10.7.3. THÉRAPEUTE 8

Thèmes	Thérapeute 8
Ressentis thérapeutes positifs	<p>Ne lui pose pas de problème 96-97 Ils ont le droit de faire ce qu'ils veulent 97-99 Ne ressent pas de crainte en général 227, 405 Se sent à l'aise d'en parler 249-250, 354 Stimulant 371 Ne se sent pas gênée 405 Trouve cool les particularités 731-732 Aime bien les particularités 736 N'évoque pas d'émotions négatives 740-741 Évoque Une différence 742-743 Libération (face à évolution positive) 892-893 Se sent cisgenre 925, 944 Atout d'être hors norme 946 Sont heureux·ses quand on respecte leur identité de genre 1053-1073</p>
Ressentis thérapeutes négatifs	<p>Différent de son identité 41 Beaucoup de souffrance 62-63 Surprise, méconnaissance de la thématique avant 1^{ère} formation 64-69, Comprend le sentiment d'exclusion 71-72 Comprenait pas d'où venait la souffrance 78-79 Connaissait peu 95-96 Responsabilité 240-241 Complexe 249 Préoccupée par certaines thématiques 471 Secouée 479 Résonance sur la thématique de l'exclusion 727 Fait naître des questions relationnelles 406 Surprise que la transidentité engendre de tels problèmes 720-722 Lui évoque d'autres troubles 751 N'a pas encore tout compris 772-773 Triste 815, 817 Questionnement sur son genre 922 Angoisses (face à la diversité de « choix » de genre) 931, 981 Ressenti de complexité(face à la diversité de « choix » de genre) 938-939 Peur (face à la diversité de « choix » de genre) 949-950 Peut renverser la tête en étant ado(face à la diversité de « choix » de genre) 987-988 Peur pour les ados car trop de choix 1027 L'identité n'est pas formée à 12 ans 1019-1020</p>
Ressentis thérapeutes en lien avec le statut minoritaire	<p>D'autres thématiques sociales (n'a pas nommé) 73 professionnels qui se renvoient la balle concernant la responsabilité dans les situations difficiles 293-305 Toutes les thématique sont compliquées 411 Être une femme 548-550, 685-686 Discours aberrants sur LGBT en général 640-643 Schizophrénie 691 Trouble bipolaire 692 Avoir les cheveux roses 725 Troubles alimentaires 751</p>

<p>Déterminants socio-contextuels : les démarches de transition</p>	<p>Distinction entre personnes trans* ayant eu des opérations ou non 91 Fait intervenir différents professionnels (endocrino, psychologues, psychiatres, etc.) 127-130 Craintes/Questionnement concernant les opérations et le rôle du thérapeute à ce sujet 228-236, 240-249 Responsabilité de valider pour les opérations 232-236, 251-252, 281, 282-283 DSM : dysphorie de genre 238 La responsabilité devrait être celle de la personne et non du thérapeute 251-253 Dérangée par les mécanismes institutionnels (mis en place pour les transitions (e.g. responsabilité) 254-255 Ne devrait évaluer que la capacité de discernement dans le processus de transition 258-260 Peur concernant la responsabilité psy (opérations) 260-261 Faire part de ses craintes (concernant les opérations) 271, 287 Pas de peine à aborder la thématique de l'opération mais crainte d'endosser la responsabilité 281 validerait les demandes pour opérations malgré ses craintes, etc 286 Concernant responsabilité : se renvoient la balle entre professionnels 293, 313 N'a jamais fait de certificat de validation 333</p>
<p>Déterminants socio-contextuels : les enjeux de société</p>	<p>Pas accepté socialement 63, 75 Mieux accepté si les gens sont ouverts 154-155 Est une question de définition identitaire 226-227, 662-664 A son propre vocabulaire et donc son propre univers 371-373 Suscite des réactions sociales (plutôt négatives) 379, 383-385 Suscite des réactions sociales (plutôt positives) 393 Secoue la binarité établie (e.g. génogramme) 479-480 Confronte les normes établies 519-521 Remet en question la vision traditionnelle 618-619, 1039-1040 Créé de l'exclusion dans la société 718-719 (vocabulaire approximatif) Participe à maintenir le système actuel (patriarcal) 511, 528-533 La société a un problème de cases 833-834 Besoin d'avoir un exemple pour oser défier les règles sociales 859-860 Transgresser les normes est une « monstre transgression » 861-862 Quand la société s'adapte, tout devient plus facile 902-906 Être hors-norme peut être vu positivement 947 Trop de choix angoisse l'humain en général 992-993 Une bonne partie des gens ne sont pas au clair sur leur identité de genre 1034-1035</p>
<p>Déterminants socio-contextuels : l'évolution de la transidentité</p>	<p>La question est différente selon qu'elle concerne les enfants/ados ou les adultes 257 Les jeunes connaissent mieux cette thématique 362-364 Imposer une autre vision ce n'est pas mieux 451, 545-547, 566, 577-578 Conséquence négative : Demander un traitement équitable peut être vécu comme du prosélytisme 562-572, 577 Certains anciens thérapeutes se sentent dépassés 484-485 On ne pourra pas tout changer 550-552 Changement de nom à l'état civil facilité 886-889 Question d'identité n'existaient pas avant 950-951, 972-973 Rend la vie moins simple : questionne, remue 976 Trop de choix angoisse 992-993, 1002-1019, 1031-1035, 1039-1040 Ouverture positive sur les questions identitaires pour les personnes concernées 1021</p>

Positions thérapeutiques : apprenant	
Positions thérapeutiques : novice	<p>A besoin de formation pour comprendre 50-54, 57-69 (avant formation) Ne comprenait pas d'où vient la souffrance 75</p> <p>Connaissent la thématique « comme ça » 95-96</p> <p>Hésitation sur le vocabulaire (inadéquat) 145</p> <p>Parle de « devenir trans* » 146</p> <p>Découvrent un monde, une communauté 173-176</p> <p>Non conscience de l'ampleur de la thématique trans*, de la demande 176-178</p> <p>Questionnement lorsqu'on sort de la pensée binaire 449</p> <p>Ne referait pas un génogramme « non genré » à la demande de patientEX 453-458, 470</p> <p>Pas de travail de déconstruction (la norme prime) 454-455</p> <p>Chacun doit se définir 513-514, 578-579</p> <p>On peut l'imposer aux autres, que les autres deviennent trans* (ici génogramme) 570-571</p> <p>Sont forcément anxieux 635-636</p> <p>Une inégalité sociale comme une autre 714</p> <p>C'est une particularité comme une autre 737</p> <p>Non conscience de l'ampleur des discriminations 809-810</p> <p>Vocabulaire approximatif 952</p>
Positions thérapeutiques : expert	<p>Suscite des questionnements même chez des thérapeutes ouverts 140-142</p> <p>Être out, en parler clairement permet de clarifier et répondre à certains questionnements (dans un milieu ouvert et relativement sécurisé) 149-150</p> <p>Très connaisseurs et acquis à la cause 170-171</p> <p>Thématique difficile à appréhender même pour des thérapeutes ouverts 208-210</p> <p>Parler de la transidentité 249</p> <p>Avancer avec les patientEXs 249-250</p> <p>Soutenir les patientEXs 250</p> <p>S'adapte à la situation (génogramme) 426-428</p> <p>Respecter la liberté de choix de chacun.e 550-553</p> <p>Ne va pas parler de la transidentité si elle ne voit pas le lien avec la demande 650-653, 664-666, 673-678</p> <p>Ne pas essentialiser les patientEXs à leur transidentité 676-678, 683-686</p> <p>Travailler à partir de la demande, comme toute prise en charge 706-707</p> <p>Se former permet d'être plus à l'aise 742</p> <p>S'intéresse au vécu des patientEXs 756-757</p> <p>Un vécu/ressenti de l'intérieur et non juste parce qu'on en parle 1022-1023</p>
Positions thérapeutiques : être un thérapeute trans	<p>Non-concerné : ne peut pas se mettre à la place de 57-59</p> <p>Non-concerné : Ne va pas se poser certaines questions 434-436</p> <p>Non-concerné : se tromper de terme 952</p>
Positions thérapeutiques : gatekeeper	<p>Parler de sa peur face à la position de gatekeeper 271, 287</p> <p>Concernant responsabilité : patient signe et décide uniquement 324-326</p>
Positions thérapeutiques : réflexive	

Positions thérapeutiques : de pouvoir	Ne pas avoir besoin de se poser certaines questions 434-436, 927-928 Être cisgenre, pouvoir suivre le système édicté sans se poser de questions 539-540 Se réjouir de ne pas être dans la norme 729-731 Pouvoir choisir de ne pas être dans le mainstream 977-978
Famille : aspects difficiles	Compliqué 411, 607 Transidentité peut poser pb 414-415 Questionne le changement du génogramme 416, 428-434, 449-458 Remet en question les liens familiaux 491-492 Transidentité secoue la vision traditionnelle de la famille 502-503 Remet en question projection des parents sur leur enfant 614-615 Remet en question la reproduction, la survie du groupe familiale (= l'essence en systémique) 615-617
Famille : aspects positifs	Peut buter au départ mais finalement être accepté 610 Thématique hyper centrale 611 Nécessite une démarche pour retrouver l'équilibre familial 620-622 Nécessite de Retrouver un nouvel équilibre relationnel 623-624 Le changement de prénom est une question majeure 911-912
Discriminations : sociales	Exclusion 718-719, 727 Les messes basses, parler dans le dos 818
Discriminations : spécifiques	Agressions de rue 70 Agressions permanentes 75, 885 Force agressive sociale 80-81 Difficulté d'Accès aux soins 179-180, 191-197, 389, 484-485 Les gens ne connaissent pas le vocabulaire adéquat 365-366 Sont considérés forcément comme anxieux par certains thérapeutes 635-636 Des visions à l'emporte-pièce 644 Pas une expérience totale (ne pas tout ramener à ça) 649-650, 673-678 Les formulaires 822 Les toilettes 822, 826 Outil en psychologie : le génogramme 825 Les choses du quotidien 826, 885 Quotidien compliqué 838-839 Expérience totale (question omniprésente) 840 Les difficultés quotidiennes Créer de l'anxiété, colère, vécu dysfonctionnel et souffrance pour les personnes trans* 841-843
Discriminations : violences	Les agressions verbales 788, 794, 818 Agression physique 788, 794, 806-807, 810, 817 Si Différence physiquement visible 792-794
Discriminations : cumulées	
Discriminations : intériorisées	
Besoins des thérapeutes : Supervisions	Besoin de Supervision de groupe avec diff. professionnels 112-113, 126-127 Supervision de groupe : contente d'entendre la vision de tout le monde 130-131 Supervision de groupe : rencontrer des professionnels spécialistes de la transidentité 170-171, 173-180 Prise de conscience de l'ampleur de la thématique trans*, de la demande 176-178 Discussion ce que cela remet en cause dans la famille, les liens 491-492 Supervision systémique 416-419, 502

	Besoin de supervision et de formation 770-771
Besoins des thérapeutes : apprentissage	Besoin d'apprentissage sur la thématique trans* 50-54, 64-69, 117 Nécessite d'apprendre un nouveau vocabulaire 356-357 Acquérir un vocabulaire 361, 773-774 Nécessite une formation 50-54, 57-69 Besoin de se former 50-54 Besoin de mieux comprendre 51-54, 117, 745 Besoin de comprendre le vécu des personnes trans* 60
Besoins des thérapeutes : réseau de soutien	161-162, 185-186

10.7.4. THÉRAPEUTE 9

Thèmes	Thérapeute 9
Ressentis thérapeutes positifs	<p>Être utile 67-68, 77, 88 Nécessaire 67, 68 Être sur la bonne voie, au bon endroit 88, 93 Faire sens 89, 93 Rétribution 89 Partage unique, spécial 90-92 Alignement 93 Se sentir dans le bon environnement 151-152 Se sentir sur le même bateau, mêmes expériences (car concerné) 166-168 Des trucs chouettes 405 Rassure son estime de soi (sur le fait que tout le monde galère finalement) 416 Remplace les enjeux (c'est normal de galérer) 417 Ce n'est pas que lourd ou compliqué, il y a aussi de belles choses 418-420 Touchant 419 Hyper intense 419 Beau 420 Plaisir lorsque thématise l'intersection avec la neurodivergence 843-844, 847-848 Hyper précieux 873</p>
Ressentis thérapeutes négatifs	<p>Réactive des choses compliquées 376-377, 418 Rapporte une partie des situations à la maison 385 Conversation pas joyeuse (sur l'état du monde) 400-401 Lourd (car complexe) 407 Besoin d'appartenance, de communauté 408-411 Plombant 412 C'est normal de galérer, tout le monde galère 413, 417 Lourd 418</p> <p>Faire la différence entre un ressenti utile VS inutile 524-532 En tant que thérapeute, on ne sait pas toujours ce qui sera important, pertinent pour le patientEX 562-572 Isolé 612 Souhaite protéger les patientEXs 722-723, 759-760</p>
Ressentis thérapeutes en lien avec le statut minoritaire	<p>Est imbriquée dans de multiples minorisations 277-280 (résonance sur) Neurodivergence 283-284 Peut résonner avec d'autres vécus de discrimination, de harcèlement, de rejet 426-427 Marginalisation 428 Harcèlement scolaire 428 Rejeté d'une formation 429</p>
Déterminants socio-contextuels : les démarches de transition	<p>DSM et CIM : trouble 797-800, 803-804 Pas un trouble 807 Difficultés avec les assurances 719, 781-790 Assurance : donner les étapes aux patientEXs, faire tampon 723-724 Assurance : expliquer en toute transparence la démarche 729-742, 759-765, 767-774 Pathologisation pour l'assurance 732-737, 794-797, 803-810 Assurance : tricher quand on peut, prendre des couloirs extérieurs 743-746</p>

	<p>Assurance : aiguiller sur les opérations ou changements les plus facilement remboursable 767-774</p> <p>Aspect chronophage des tracasseries administratives 781-783, 790-793</p> <p>Assurance : astuce formulation lettres 829-831</p>
Déterminants socio-contextuels : les enjeux de société	<p>C'est le « dézoom » la prise en compte des multiniveaux qui explique l'aspect circulaire de la transidentité 275-277</p> <p>Société n'est pas faite pour toi 286-288, 300-302</p> <p>Ne pas avoir de voix dans la société 303</p> <p>Ne pas exister 303</p> <p>Devoir être rafistolé 304</p> <p>Être hors de la norme 305-306</p> <p>Amène à parler de l'état du monde dans lequel on vit 399-400</p> <p>Peut être vu comme un caprice de l'enfant 989</p>
Déterminants socio-contextuels : l'évolution de la transidentité	<p>Une thématique en plein changements 477-479</p> <p>1045</p>
Positions thérapeutiques : apprenant	<p>Crainte de Devoir apprendre, expliquer la transidentité aux thérapeutes 197-199</p> <p>200-202</p> <p>Amène les thérapeutes concernéExs a davantage se tourner vers soi 371-377</p>
Positions thérapeutiques : novice	<p>Mégenrage de patientEXs 188</p> <p>Décalage dans la compréhension 193</p> <p>Pas sentir complètement libre de se livrer 217-218, 690-692</p> <p>Thérapeutes ne sont pas assez amené à élargir leur champ d'analyse à d'autres niveau (brofenbrenner) 268-270</p> <p>Manque de vision globale et approfondie 321</p> <p>Peur des patientEXs d'être pathologiséEXs 337-347</p>
Positions thérapeutiques : expert	<p>Utilise le felt sense (ACP) 151-154</p> <p>Contextualiser le récit des patientEXs au travers des inégalités sociales, faire le lien avec aspects plus globaux 254-258, 259-265, 321-326, 330-332</p> <p>Thérapeutes ne sont pas assez amené à élargir leur champ d'analyse à d'autres niveau (brofenbrenner) 268-270</p> <p>Ramener à des niveaux plus large (ne pas sous-estimer ces niveaux...) 270-271</p> <p>Élargir le champ de réflexion des patientEXs et champ d'analyse du thérapeute 270-271, 275-277, 399-400</p> <p>Dézoomer permet de mieux comprendre les ressentis 273-275, 400-401</p> <p>Estime de soi + relations impactées par les difficultés 303-306</p> <p>S'adapte au rythme de patientEX 332-335</p> <p>Utilise la congruence (ACP) 369-370</p> <p>Ne va pas se protéger, mettre à distance ses résonances, ne comprends l'intérêt 377-380, 386-387, 524-538, 554-555</p> <p>Travaille directement avec les résonances 388</p> <p>Va partager ce qui est pertinent en thérapie 388-390</p> <p>Utilise l'auto-dévoilement 390</p> <p>Partage avec peu de filtre, mais panel plus grand à partager 391-395</p> <p>Élargir 400-401</p> <p>Parler aussi de ce qui va bien 405</p> <p>Galérer ensemble 413-415, 547-548</p> <p>Utilise les pierres de touche (ACP) 423</p>

	<p>ACP « pierre de touche », chercher lien dans son propre vécu, pas que trans* (en tant qu'humain on résonne sur les mêmes choses) 424-435</p> <p>Prendre du recul 461-466</p> <p>Faire un effort de conscientisation, prendre de la distance 475-477, 517-521, 522-524</p> <p>Les liens se font sur la durée 477-478</p> <p>Gérer les résonances dans l'instant de l'entretien 490, 499-502</p> <p>Être présent à 300% 493</p> <p>Être attentif aux résonances/ressentis 499-502</p> <p>Se connecter à soi pendant la thérapie (tout en étant connecté à l'autre 300%) 509-510, 512-517</p> <p>Il faut du temps pour traiter/conscientiser les résonances 522-524</p> <p>Faire le tri de ce qui est pertinent dans l'instant 524</p> <p>Faire des propositions 555-562</p> <p>Créer de la communauté pour les patientEXs 679-682</p> <p>Fait le tampon avec les assurances 727</p> <p>Parler de la neurodivergence 849</p> <p>L'expérience permet d'oser plus 849-850</p> <p>Ouvrir la diversité des possibles 873-883, 893-897</p> <p>Réorienter, proposer des alternatives 880-888</p> <p>Empowerment 895</p> <p>Médiation entre patientEXs et famille 985-987</p> <p>Accueillir familles durant phases de transition 993-994</p>
<p>Positions thérapeutiques : être un thérapeute trans</p>	<p>Est apprécié par les patientEXs 75-76, 949-950</p> <p>Est ressenti comme un port d'attache, un lieu sûr pour les patientEXs 78</p> <p>Etre out est apprécié, car plus safe 78-83</p> <p>Raconte son vécu de personne concernée 82</p> <p>Connait la communauté de l'intérieur 82-83</p> <p>Ne reste pas au niveau individuel, réflexion multiniveaux (Bronfenbrenner) 84-86, 264-265, 398-400, 435-436</p> <p>Se out dès le départ et sur internet, en donnant ses identités 99, 101, 103-106, 125</p> <p>Se situe dès le départ 109-114</p> <p>Demande la permission et partage son expérience avec ses identités (non-binaire, etc) 109-114, 326-330, 540-553</p> <p>Expliquer son prénom, ses pronoms et accords 116,117</p> <p>Se outer pour tousxtes, à tous les niveaux, ne se cache pas 121-125</p> <p>PatientEXs voient la différence 132-134</p> <p>Ne fait pas tout 170 (aussi la personnalité, les approches thérapeutiques) 135-136 (la culture, l'âge,...) 146-150, 436-439, 461-466, spécialiste 479-482</p> <p>PatientEXs se sentent plus à l'aise à parler 137-138, 142, 194-197</p> <p>Moins peur d'être pathologiséEXs 137-138</p> <p>Pas à l'abri de transphobie intériorisée 138-139</p> <p>Préavis, préjugés plus favorables 140</p> <p>Avoir les mêmes références 142-143, (le felt sense) 151-154</p> <p>Sorte de pied d'égalité 157-158 (contrebalance un peu le statut de pouvoir)</p> <p>Facilite l'ouverture de patientEXs 167-168</p> <p>Vit ce que ces patientEXs vivent 186-191</p> <p>Permet aux patientEXs parle plus facilement 194-197</p> <p>Fait la différence 220-221</p> <p>Vécu, pas juste de la théorie 335-337</p> <p>Pouvoir faire le lien avec inégalités sociales etc, plus facilement sans peur de pathologisation chez les patientEXs 337-347</p>

	<p>Touché/résonne dans des zones plus compliquées 371-377, 395-396</p> <p>A un panel plus large de choses à partager avec la patientEX 393-395</p> <p>Même communauté, même vécu « on est dans le même bateau » 409-411</p> <p>Voit plus les liens 458-461</p> <p>Etre trans* soi-même ne signifie pas forcément qu'on a tout compris 479-480</p> <p>Compréhension de choses que les cis pas nécessairement 479-482</p> <p>Plus de difficulté à faire la part des choses entre ses résonances et ses propres difficultés 533</p> <p>Une petite communauté (un seul réseau dédié) 659-660</p> <p>Pas pour autant forcément ouvert ou même visions entre thérapeutes alliés 666-667, 673-679</p> <p>La nécessité de pathologiser son patient pour les assurances revient à se pathologiser soi-même 732-737, 811-813</p> <p>La pathologisation contre son gré (pour l'assurance, pour le système) 794-797, 807-813, 822-823</p> <p>Parler la langue de patientEXs 962-964</p>
Positions thérapeutiques : gatekeeper	<p>Assurances 722-725, 748-753</p> <p>Pathologisation 729-742</p>
Positions thérapeutiques : réflexive	<p>Les prises de consciences prennent du temps 861-868</p> <p>Chaque vécu est unique 154-157</p> <p>Évite le sujet si iel ne se sent pas en confiance 192-197</p> <p>Ne viennent pas forcément parler que de transidentité 251-254</p>
Positions thérapeutiques : de pouvoir	<p>Se situer dans ses identités/privilèges 103-104</p> <p>Situer ses privilèges en se outant 104-106</p> <p>Ses identités/privilèges ne sont pas considérées comme un secret 107</p> <p>Statut de thérapeute amène rapport de pouvoir 158-160, 857-860, 883-888</p>
Famille : aspects difficiles	<p>Besoin d'aide pour se outer auprès de la famille (difficulté d'en parler) 976-978</p> <p>Ne comprend, respecte pas toujours 983-984</p> <p>Mégenrage 984</p> <p>Se passe plus facilement avec un professionnel 988-990</p> <p>Peut être vu comme un caprice de l'enfant 989</p> <p>Être adulte et indépendant expose moins au mégenrages et aux difficultés familiales que pour les jeunes 994-996</p>
Famille : aspects positifs	<p>Aider coming-out famille 978-980</p> <p>Peut bien se passer (au niveau familial) 996-997, 999-1001</p>
Discriminations : sociales	<p>Expérience totale, circulaire, Fait partie du quotidien en entier 210-212</p> <p>Marginalisation 255, 947</p> <p>Minorisation 255, 947</p> <p>Statut minoritaire, pas de privilèges 257</p> <p>Toutes les interactions quotidiennes t'y ramènent 286-288, 296-298</p>
Discriminations : spécifiques	<p>Mégenrage 188, 295-296, 925</p> <p>Une thématique présente même lorsque ce n'est pas la thématique principale 191-193</p> <p>Être trans* n'est pas qu'une partie isolée de l'identité de la personne 236-237</p> <p>Ne pas être « que » trans*, pas tout analyser que sous ce prisme 236-237, 251-254</p> <p>Les formulaires 288-290, 926</p> <p>Ce n'est pas que dans des petits moments 241</p>

	<p>Un statut minoritaire auquel on revient souvent finalement 257-258, 259-263</p> <p>La transidentité est un vécu global 284</p> <p>Minorisation générale + mégenrages + transphobie intériorisée = expérience totale 297-299</p> <p>Entraîne une Mauvaise estime de soi 306-309</p> <p>Oui car on revient toujours à la transphobie et aux marginalisations intériorisées qui sont sources de difficultés sur l'estime de soi et de ses conséquences 315-318</p> <p>Pas possible à isoler, des ramifications très larges 318-320</p> <p>On ne peut pas construire un mur autour pour l'isoler, des chemins à double sens avec d'autres thématiques de la vie de la personne 440-446</p> <p>Peu/pas de formation à la transidentité 466-467, 1022-1026, 1046-1047</p> <p>Entraîne Souvent schémas avec relations toxiques (proportion + élevée) 307-309</p> <p>Assurances 722-725 (= anxiogène 727-728), 748-753 (=obligé de se battre 762-765, 969)</p> <p>Pathologisation 729-742</p> <p>Accès aux soins 759-765, 767-774, 826-827, 946-947, 959-962, 965</p> <p>Ressources (financières, d'énergie, ...) 826-827, 959-962, 968-969</p> <p>À l'emploi 917</p> <p>Micro-agressions 925</p> <p>Administratives 928-929</p> <p>Dans les commerces 929</p> <p>Les vêtements 931</p> <p>L'apparence en général 931</p> <p>Ne pas pouvoir s'exprimer librement 931-932</p> <p>Le regard des autres 936-938</p> <p>Connaissance du système 963-964</p>
Discriminations : violences	
Discriminations : cumulées	<p>Multi-minorisation 257, 277-280, 306, 946-948</p> <p>Difficile à extraire car imbriqué dans de multiples minorisations 277-280</p> <p>Neurodivergence 280-282, 843-847</p> <p>Plus à risque d'avoir des relations toxiques, de présenter troubles alimentaires, addictions 307-313</p> <p>Trouble alimentaire 312</p> <p>Trouble de l'addiction 312</p> <p>N'est pas isolable dans l'identité, des ramifications très larges (plus qu'on ne le pense) 318-320</p> <p>A des liens à double sens avec d'autres aspects de la vie d'une personne, difficile à isoler en tant que tel 440-446</p> <p>Validisme, âgisme, racisme 705</p> <p>Mieux comprendre les intersections permet de mieux comprendre la complexité de la situation 868-871</p> <p>Orientation sexuelle/relationnelle/affective 875</p>
Discriminations : intériorisées	<p>Quasi toujours des liens avec transphobie/marginalisation intériorisées 330-332</p>
Besoins des thérapeutes : Supervisions	<p>Manque de Supervision safe 181-182</p> <p>N'a pas trouvé de thérapeute pour ce faire 579-582, 688-689, 690-691</p> <p>N'en ressens pas le besoin 580-582, 596</p> <p>Difficile de se faire superviser dans le réseau (petite communauté, tout le monde se connaît) 591-593</p>

	<p>N'a pas eu l'occasion d'investir une supervision 595-596 Supervision par introspection 596-597, 601-603 Besoin d'espace intérieur pour pouvoir le faire 597-599 Besoin de Créer un espace organisé d'échanges entre professionnels 604-608, 612-614, 679-682, 695-701 Davantage besoin d'échange en groupe qu'en individuel 637-639</p>
Besoins des thérapeutes : apprentissage	<p>Lire de la théorie, des comptes rendus 461-466 Une thématique abordée en formation que sous la contrainte 470 Oblige à bien connaître les assurances, les lois 759-765, 767-774, 962-964 (tant pour les thérapeutes que pour les patientEXs)</p>
Besoins des thérapeutes : réseau de soutien	<p>Créer un espace dédié entre thérapeutes concernéEXs 618-625 Thérapeutes ne se serrent pas tjs les coudes, pas forcément ouvert 651-654, 666-667, 677-679 Créer un espace organisé d'échange entre professionnels 604-608, 612-614, 679-682, 695-701 Créer avec groupe des brochures de bonne pratique thérapeutique 703-707 Fait du bien d'être dans un groupe où on se sent compris 707-708, 712 (= besoin d'espace safe, de communauté ?) En ressent le besoin aussi 612-614 Besoin de créer un espace dédié entre thérapeutes concernéEXs 618-625 Besoin d'espaces safes, de communauté 616-623, 624-625, 673-675</p>

10.7.5. THÉRAPEUTE 10

Thèmes	Thérapeute 10
Ressentis thérapeutes positifs	Aime bien ces suivis 67 Fait du sens, fait du bien d'être un espace safe 68 Fait du bien, se sentir utile 69-70 Intéressant 92 Touchant 347 De beaux moments 350 Vit pour les beaux moments dans suivi 351-352 Émotions fortes 374 Empathie 416
Ressentis thérapeutes négatifs	Pression 59 Frustration avec les parents 74, 89, 99-100 Pas très confortable (place entre parent/enfant) 88 Travail d'équilibriste 91, 100-101 Impuissance 145-146, 148, 241, 246, 305, 555-558 Aller contre la société 147 Impuissance ++ car question sociétale 250-251 Le plus difficile sont les discriminations au sein de la famille 267-270 et la transphobie intériorisée 270-272 Souffrance 306 Difficulté face à souffrance qui reste 306-307
Ressentis thérapeutes en lien avec le statut minoritaire	Le hors-norme 107-108 Orientation sexuelle et neurodivergence 108-110 Résonance avec sexisme, féminisme, patriarcat 389-390, 421-423 Féminisme 423 Religion et son vocabulaire spécifique 507-508 Résonance sur son orientation sexuelle 444 Résonance sur son vécu familial très religieux 451-454 Résonne sur les norme judéo-chrétienne, le traditionalisme en termes de genre et d'orientation sexuelle 455-457
Déterminants socio-contextuels : les démarches de transition	PatientEXs sont preneurEUSEXs du suivi pour accéder à d'autres prestations 289-290 Chez ado, les étapes de base de l'ado font écho aux étapes de la transition (changer prénom, coming out, etc) 360-365, 377-378
Déterminants socio-contextuels : les enjeux de société	Méconnaissance du travail effectué par les thérapeutes 164-166 Tout le monde a un avis dessus 193 Éminemment politique 195-196, 427-428 Société pas encore ok avec 200-201 Touche tout le monde, tout le monde est concerné 207-210 Provoque de réaction négative chez les personnes qui n'ont pas eu la liberté de choix 210-214 Remet en question le genre 223-224 Peut bien se passer avec les enseignants/psychologues 228-230 Peut mal se passer avec les enseignants 232 Nécessite du temps pour en parler pour éduquer 233 Être dans la lutte 236 Interactions avec camarades difficiles 243-244 Société pas conçue pour elleux 244-245 Vécu quotidien de la binarité sociale 272-273 Vu comme un problème 285 Quelque chose à rafistoler, à nettoyer 285-286

	<p>Faire face à des problèmes qui sont indépendant de la volonté du patient (société) 307-308</p> <p>Ritualise des moments d'autonomisation qui se font en général à l'adolescence 369-370</p> <p>Confirme le genre/fait prendre conscience de son genre 395-396, 410-416</p> <p>Binarité est une construction sociale 423-427</p> <p>Exemplifie là où la société bloque 430-431</p> <p>Remet en question la binarité de genre et l'orientation sexuelle 430-431</p> <p>Est lié au patriarcat et au sexisme 431-432</p> <p>Montre les faiblesses du système patriarcal 433-434</p> <p>Montre que le système est construit 435</p> <p>Le genre est un stéréotype 437</p> <p>Fait sortir de la binarité et du coup la notion homo/hétéro ne fait plus sens 445, 447-449</p> <p>Aider les gens à s'aimer plus, à mieux être elleux-mêmes et par là aider la société à ne plus avoir la violence intégrée de genre 471-473</p> <p>La rigidité du genre dans la société fait ressortir le vécu difficile des hommes 475-477</p> <p>Se sentir observé à l'école, différent 498-499</p> <p>Environnement de soin stressant pour les professionnels de la santé 540-541</p> <p>Lieu de soin nécessaire en situation de crise 542</p> <p>Non car il existe des espaces safe 573-576, 578-579</p> <p>Le genre est universel et en même temps incompris 590-591</p> <p>Le genre est appris 592</p> <p>Considéré comme une exception et non une diversité 595-596, 600-601</p> <p>Représente une minorité de personnes 598-599</p> <p>En même temps un phénomène global et un continuum 601-602</p> <p>La transphobie vient de l'incompréhension de la société 602-603</p> <p>Sujet complexe 612-615</p>
Déterminants socio-contextuels : l'évolution de la transidentité	<p>Vu comme une phase ou influence d'internet/des amis 97-98</p> <p>Existe depuis longtemps même si on en parle plus aujourd'hui 110-111</p> <p>On en parle plus dans les médias 154-156</p> <p>Conséquence négative : mégenrage dans les médias, mauvais traitement du sujet 156-158,</p> <p>Conséquence négative : prise de paroles de personnes transphobes 163-164</p> <p>Conséquence négative : « démocratisation » implique avis de tout le monde et de personnes qui ne connaissent pas la thématique 164-166, 173-177, 193-195</p> <p>Conséquence négative : création d'associations transphobes</p> <p>Conséquence négative : « démocratisation » rend le travail des thérapeutes plus difficile 182-184</p> <p>Urgence propre à l'adolescence (général) 321-322</p> <p>Sentiment d'incompréhension propre à l'adolescence (général) 322-323</p> <p>Aujourd'hui, plus d'ouverture, professionnels font appel à [institution] ou à thérapeutes formés 548-550</p>
Positions thérapeutiques : apprenant	<p>Importance de maîtriser le vocabulaire 119-120, 124-125</p> <p>Vocabulaire légitime le statut de personne safe 124-125</p> <p>Apprendre du patient (par l'expérience en institution) 390-394</p>

Positions thérapeutiques : novice	
Positions thérapeutiques : expert	<p>Envie de travailler avec cette patientèle 10</p> <p>Faire attention à sa pratique 62</p> <p>Prendre la responsabilité 63</p> <p>Prendre des précautions 65</p> <p>Faire attention au vocabulaire 66</p> <p>Etre dans l'empathie, la compréhension 102-103</p> <p>Connaissent le vocabulaire adéquat 123</p> <p>Ne pas être expert à la place des patientEXs 126-127, 334-338, 620-625</p> <p>Faire attention aux formulations, à ne pas juger ,à être bienveillant 129-133</p> <p>Être capable de casser des portes 147-148</p> <p>Se montrer intéressé, curieux, chercher à comprendre = une bonne réaction 231</p> <p>Ne pas s'occuper de ce qui sort du cadre de la thérapie 246</p> <p>Travailler avec la souffrance 247-248</p> <p>Accompagner, ne pas faire avec la place de l'autre 248-250</p> <p>Principalement des suivis volontaires mais aussi de la part de juge/école/parents 279-285, 287-289</p> <p>PatientEXs sont preneurEUSEXs du suivi quand thérapeute formés 287-289</p> <p>Faire avec les difficultés des situations 309</p> <p>Garder l'alliance 318-319</p> <p>Double mouvement accompagner et être prudent 323-324</p> <p>Utiliser l'approche trans-affirmative 329</p> <p>Faire en sorte que les choses se délient/avancent 351-353</p> <p>C'est un vécu intérieur 405-410</p> <p>traiter ses vécus en théorisant les concepts, en travaillant dessus 462-466</p> <p>Travailler avec les patientEXs trans* en tant que tel 466-467</p> <p>Travailler à une société plus ouverte sur la transidentité 467-469</p> <p>Vécus servent de guide 494-495</p> <p>Utilise vécus pour avoir de l'empathie, comprendre l'autre 495-497</p> <p>Prendre conscience des vécus et en discuter avec lae patientEX 499-502</p> <p>Utilise vécus pour faire des hypothèses sans projeter son propre vécu 503-505</p> <p>Utilise ses connaissances pour déconstruire certaines notions 508-511</p> <p>Posture d'humilité, de curiosité, savoir qu'on ne sait pas 618-619</p>
Positions thérapeutiques : être un thérapeute trans	<p>Non concerné : impuissance car un monde auquel elle n'a pas accès 241-243</p> <p>Non concerné : ne peut pas comprendre certaines choses de manière incarnée 414-415</p>
Positions thérapeutiques : gatekeeper	<p>Trouver un équilibre avec position gatekeeping 127-128</p> <p>Difficulté de la position du gatekeeper 312-314</p> <p>Évaluation du consentement éclairé 314-315</p>
Positions thérapeutiques : réflexive	<p>Se questionner et questionner des femmes trans* sur vécu féminité 399-402</p> <p>Gère vécus au quotidien à l'aide de l'introspection 516-517</p> <p>Quand elle se sent penser, mettre le doigt sur ce qui ne va pas 525-526</p> <p>Garder en tête ses privilèges (déconstruction) 620-625</p>

Positions thérapeutiques : de pouvoir	<p>Privilège de ne pas se questionner à ce sujet 397-399</p> <p>Expérience totale ou pas, difficile à dire, Oui et non car n'est pas concernée directement 570-571</p> <p>En tant que personne cis nous faisons partie de ceux qui oppressent 620-622</p> <p>Avoir conscience de ses privilèges en tant que personne cis/thérapeute safe 198, 623-625</p>
Famille : aspects difficiles	<p>Difficulté avec les parents 74-75</p> <p>Incompréhension, faire le deuil, faire avec 82-83</p> <p>Être pris entre les jeunes pressés et les parents qui freinent 85-88</p> <p>Faire alliance avec les parents sans trahir les enfants (équilibre) 90-91, 100-101</p> <p>Faire face aux incompréhensions des parents 95-96</p> <p>Rester dans l'empathie, la compréhension face à parents rejetant 102-103</p> <p>Les parents n'ont pas grandi avec ces notions-là 114-115</p> <p>Gérer les erreurs des médias et leurs conséquences auprès des parents 158-162</p> <p>Possibles problèmes avec la justice en lien avec les familles 185-186</p> <p>Investissement des parents dans enfant change 221-222</p> <p>Difficulté de prendre le temps quand les jeunes sont pressés et souffrent 315-318, 319-320</p> <p>Temps des ados VS temps des adultes 322-323</p> <p>Parents doivent vivre leur enfant qui décide de changer le prénom choisi 370-373</p> <p>Famille lieu pas safe 576</p>
Famille : aspects positifs	<p>Peut-être beau aussi 84, 350</p> <p>Traduction pour parents 112-113</p> <p>Peut bien se passer aussi 347-348, 350-351</p> <p>Utilise vécus pour parler aux familles 506-507</p>
Discriminations : sociales	<p>Inadaptation de la société 244-245</p> <p>Société binaire 272-273</p> <p>Se sentir observé, différent, à l'école 498-499</p> <p>Maltraitance théoriques et hospitalières 553-554</p> <p>Travail pas lieu safe 577</p>
Discriminations : spécifiques	<p>Accès aux soins (peu d'offre en [canton]) 12-13 (parcours difficile) 60-61, (discrimination hospitalière) 64-65 (ni bon ni mauvais) 538 (dépend sur qui on tombe) 538-539 (nécessaire si crise alors que peut aggraver la situation) 543-547 (différence inter-cantonale) 552-553</p> <p>Pas pris au sérieux 97-98, 234-235</p> <p>Mégenrage, mauvais traitement des médias 156-158</p> <p>Création d'association transphobe 166-168</p> <p>Vécu spécifique ados trans* : bataillent sur genre/identité et pas seulement heures de sortie 365-367</p> <p>Vu comme bizarre, différent 589-590</p> <p>Oui et non car en même temps un phénomène global et un continuum 601-602</p>
Discriminations : violences	<p>Micro et macro agressions 256</p> <p>Plus souvent des micro-agressions 262-263</p> <p>La violence du genre entraîne d'autres violences 473-474</p>
Discriminations : cumulées	
Discriminations : intériorisées	<p>Expérience totale car transphobie internalisée 580-583</p>
Besoins des thérapeutes : Supervisions	<p>Faire un travail sur soi pour rester dans l'empathie 101-103</p> <p>Nécessite des thérapeutes formés pour être supervisée (Agnodice) 517-518</p>

	<p>Traiter les résonances propres à la transidentité à l'aide de supervision de groupe et individuelle 517, 518</p> <p>Difficile d'en parler avec superviseuses non formé.e.s 519-520</p> <p>Supervision de groupe et individuelle 520-522</p> <p>Beaucoup de supervision 530</p> <p>Co-apprentissage avec les collègues formés 531-532</p>
Besoins des thérapeutes : apprentissage	<p>Vocabulaire spécifique 66, 124-125, 156-157</p> <p>Vocabulaire compliqué 113-116</p> <p>Importance de former les professionnels 551-552</p> <p>Si en cours de formation, ne pas avoir peur des erreurs, d'apprendre, ne pas se braquer car sujet complexe 612-615</p> <p>Formation utile car lieu sûr pour faire des erreurs et expérimenter 615-618</p>
Besoins des thérapeutes : réseau de soutien	<p>Co-construire avec tousXtes les acteurs du système 329-330, 334-338</p> <p>526-528</p> <p>Besoin de communauté, en discuter avec son entourage 520-522</p> <p>Ne pas rester seule 525</p>

10.8. RETRANSCRIPTION DES INTERVIEWS

A disposition sur demande aux auteur·ice·s.