

Mémoire d'initiation à la recherche

Ergothérapie et transidentités :

De l'accompagnement d'une personne trans à la résilience communautaire

Capucine MICHEL

N° étudiant : E 21/14

Promotion : 2021-2024

Sous la direction de Eva MORELLATO

Année universitaire : 2023-2024

« Une société n'a rien à gagner à occulter sa diversité, ou encore à nier que la vie n'est pas aussi aisée suivant que les personnes doivent composer avec les critères de la validité, de la classe sociale, de l'orientation sexuelle, du genre et de la couleur de peau. »

Espineira, K. & Thomas, M. (2022).

Glossaire

ALD : Affection de Longue Durée

ARS : Agence Régionale de Santé

AMAHO : Association des MALades HOrmonaux

APA : American Psychiatric Association

CIM : Classification Internationale des Maladies

CMP : Centre Médico-Psychologique

CNAM : Caisse Nationale de l'Assurance Maladie

DILCRAH : Délégation Interministérielle à la Lutte Contre le Racisme, l'Antisémitisme et la Haine anti-LGBT

DRCI : Direction de la Recherche Clinique et de l'Innovation

DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

HAS : Haute Autorité de Santé

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

ISS : Inégalités Sociale de Santé

LGBTQIA+ : Lesbienne, Gay, Bi, Trans, Queer, Intersexe, Asexuel·le et Aromantique. Le « + » inclut toute identité de genre ou orientation marginalisée.

MCREO : Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnels

OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Économiques

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONU : Organisation des Nations Unies

PMR : Personne à Mobilité Réduite

ReST : Réseau de Santé Trans

TSA : Troubles du Spectre de l'Autisme

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

WFOT: World Federation of Occupational Therapists

Remerciements

En premier lieu, merci aux personnes ayant participé aux entretiens, merci pour votre confiance et votre temps.

Merci à ma directrice de mémoire, Eva Morellato, pour m'avoir guidée tout au long de l'année. Merci de m'avoir accompagnée dans l'exploration d'idées nouvelles pour l'ergothérapie.

Merci aux référentes pédagogiques pour votre accompagnement durant ces trois années, il n'a cessé de cultiver mon intérêt pour l'ergothérapie. Votre bienveillance est une aide précieuse. Merci également à l'ensemble de l'équipe pédagogique de l'Institut de Formation d'Ergothérapie de Rouen pour votre disponibilité et votre joie de vivre.

Merci à mes camarades de promotion, merci d'illustrer à merveille l'idée de cohésion, d'entraide, de bienveillance, et d'amitié. Ces trois années passées à vos côtés sont certainement le plus bel environnement imaginable pour découvrir l'ergothérapie.

Merci à mes amies, Capucine pour ta positivité, Florette pour ta capacité à trouver les bons mots, Lou pour ton soutien au quotidien et ta capacité à nous faire rire, et Margaux pour ta capacité à valoriser le travail de chacune.

Merci à Noémie, merci d'avoir été présente à chacune des étapes de ce parcours. Ta présence est une source de motivation indéfectible. Merci de croire en moi.

Merci à ma famille, spécifiquement à mes parents et à mes sœurs, merci pour vos encouragements, merci de me pousser à réaliser les projets qui me font rêver.



PRÉFET DE LA RÉGION NORMANDIE

*Liberté
Égalité
Fraternité*

Pôle Entreprise et Solidarités
Unité certification sociale et paramédicale
2, place Jean Nouzille
CS 55427
14054 Caen CEDEX 4

Direction régionale
de l'économie, de l'emploi,
du travail et des solidarités

Charte anti-plagiat de la Direction régionale de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités de Normandie

La Direction Régionale de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités (DREETS) délivre sous l'autorité du Préfet de région les diplômes de travail social et professions de santé non médicales.

Elle est également garante de la qualité des enseignements délivrés dans les dispositifs de formation préparant à l'obtention des diplômes des champs du travail social.

C'est dans le but de garantir la valeur des diplômes qu'elle délivre et la qualité des dispositifs de formation qu'elle évalue que les directives suivantes sont formulées à l'endroit des étudiants et stagiaires en formation.

Article 1 :

« Le plagiat consiste à insérer dans tout travail, écrit ou oral, des formulations, phrases, passages, images, en les faisant passer pour siens. Le plagiat est réalisé de la part de l'auteur du travail (devenu le plagiaire) par l'omission de la référence correcte aux textes ou aux idées d'autrui et à leur source »¹.

Article 2 :

Tout étudiant, tout stagiaire s'engage à encadrer par des guillemets tout texte ou partie de texte emprunté(e) ; et à faire figurer explicitement dans l'ensemble de ses travaux les références des sources de cet emprunt. Ce référencement doit permettre au lecteur et correcteur de vérifier l'exactitude des informations rapportées par consultation des sources utilisées.

Article 3 :

Le plagiaire s'expose aux procédures disciplinaires prévues au règlement de fonctionnement de l'établissement de formation. En application du Code de l'éducation² et du Code pénal³, il s'expose également aux poursuites et peines pénales que la DREETS est en droit d'engager. Cette exposition vaut également pour tout complice du délit.

Article 4 :

Tout étudiant et stagiaire s'engage à faire figurer et à signer sur chacun de ses travaux, deuxième de couverture, cette charte dûment signée qui vaut engagement :

Je soussigné-e MICHEL Capucine atteste avoir pris connaissance de la charte anti plagiat élaborée par la DREETS de Normandie et de m'y être conformé-e.
Et certifie que le mémoire/dossier présenté étant le fruit de mon travail personnel, je veillerai à ce qu'il ne puisse être cité sans respect des principes de cette charte.

Fait à Rouen Le 22 / 05 / 2024 signature

ⁱ Site Université de Genève <http://www.unige.ch/ses/telecharger/unige/directive-PLAGIAT-19092011.pdf>

ⁱⁱ Article L331-3 du Code de l'éducation : « les fraudes commises dans les examens et les concours publics qui ont pour objet l'acquisition d'un diplôme délivré par l'Etat sont réprimées dans les conditions fixées par la loi du 23 décembre 1901 réprimant les fraudes dans les examens et concours publics ».

ⁱⁱⁱ Articles 121-6 et 121-7 du Code pénal.

Table des matières

I.	Introduction	1
II.	Cadre conceptuel	2
1.	Population trans	2
1.1.	Terminologie des transidentités	2
1.2.	Histoire des transidentités	3
1.3.	Dépsychiatisation des transidentités	4
1.4.	Accès aux soins	7
1.5.	Ressources mobilisées par les personnes trans	8
2.	Enjeux de santé à l'échelle de la communauté	10
2.1.	Communauté trans	10
2.2.	Approche communautaire en santé	11
2.3.	Approche communautaire en ergothérapie	12
2.4.	Pratique de l'ergothérapie communautaire en France	13
3.	Transidentités et sciences de l'occupation	14
3.1.	Transitions de genre et transitions occupationnelles	14
3.2.	Transitions sociales	16
3.3.	Interactions sociales et mises en situation en ergothérapie	17
III.	Processus de problématisation et présentation des hypothèses de recherche	18
IV.	Méthodologie employée	20
1.	Choix de la méthode	20
2.	Choix de l'approche	20
3.	Phase exploratoire	21
4.	Techniques et outils de recueil de données empiriques	21
4.1.	Choix de la technique	21
4.2.	Choix de l'outil	22
5.	Outil d'analyse	22

6.	Population cible.....	23
7.	Réflexion sur l’objectivité et l’éthique.....	23
V.	Présentation et analyse des résultats	26
1.	Analyse verticale	26
1.1.	Entretien avec Achille	26
1.2.	Entretien avec Barbara	27
1.3.	Entretien avec Chloé	29
1.4.	Entretien avec Daniel	30
1.5.	Entretien avec Emile, ergothérapeute en France	32
1.6.	Entretien avec Félix, ergothérapeute au Québec	35
1.7.	Entretien avec Gaëlle, ergothérapeute en Suisse.....	37
1.8.	Entretien avec Hazel et Ilyès, de l’association n°1	39
1.9.	Entretien avec Jules et Kylian, de l’association n°2.....	42
2.	Analyse thématique	44
2.1.	Facteurs de stress et impacts occupationnels	44
2.2.	Difficultés rencontrées par les ergothérapeutes.....	46
2.2.1.	Manque de formation	46
2.2.2.	Utilisation des pronoms.....	47
2.3.	Facteurs de résilience	47
2.3.1.	Résilience individuelle et communautaire	47
2.3.2.	Identification à la communauté trans	48
2.3.3.	Soutien communautaire.....	48
2.3.4.	Internet	48
2.3.5.	Reconnaissance du genre	49
2.3.6.	Occupation : moyen trans affirmatif	50
2.4.	Pistes d’accompagnement en ergothérapie.....	50
2.4.1.	Formation par les associations communautaires	50

2.4.2.	Groupe et interactions sociales.....	51
2.4.3.	Mises en situation.....	51
VI.	Discussion	53
1.	Evolution des hypothèses	53
2.	Perspectives de la recherche.....	54
2.1.	Approche centrée sur la personne et approche communautaire.....	54
2.2.	Modèles conceptuels	54
3.	Biais et limite	55
4.	Plus-value professionnelle.....	56
VII.	Conclusion	57
VIII.	Références bibliographiques	58
IX.	Annexes	69

I. Introduction

Dès la naissance, le développement du « répertoire occupationnel » est influencé par la socialisation (Lindsey, 2015). La socialisation se définit comme « les mécanismes de transmission de la culture ainsi que la manière dont les individus reçoivent cette transmission et intériorisent les valeurs, les normes et les rôles qui régissent le fonctionnement de la vie sociale » (Castra, 2013). À travers ce processus, les enfants apprennent progressivement les stéréotypes de genre et subissent la pression à s'y conformer (Forno et al., 2023). Dans ce contexte, le fait de révéler une appartenance à un genre différent de celui assigné à la naissance, soit faire son **coming-out** trans, représente souvent un défi majeur.

La « force des sanctions sociales de franchissement de genre » se manifeste par les parcours de violence vécus par les personnes trans (Espineira, 2018). Les discriminations quotidiennes qu'elles subissent impactent significativement leur santé (Hendricks & Testa, 2012). Le lien entre la santé et les occupations est au cœur de l'ergothérapie, soulignant la nécessité d'explorer les impacts occupationnels vécus par les personnes trans.

Pour cela, l'enquête d'Alessandrin et Espineira (2015) renseigne au sujet des discriminations transphobes. Cette étude, qui recense les vécus de 300 personnes trans, révèle des statistiques préoccupantes.

Du fait de leur transidentité et du fait d'une transphobie crainte ou présumée, 28% des personnes trans interrogées disent avoir perdu leur travail, 41,46 % disent s'être limitées dans l'accès à l'espace du soin, 41,79% disent avoir perdu un ou des contacts avec un ou des membres de leur famille et 68,66 % disent avoir perdu un ou des contacts avec des ami·es.

De plus, 56,34 % des personnes interrogées disent avoir fait une dépression à la suite d'actes ou de propos transphobes, et 18,31 % ont fait une tentative de suicide. Ces données mettent en lumière l'impact des ruptures occupationnelles, dues à la transphobie, sur la santé des personnes trans.

De ces constats naît la question de départ suivante : **Quels sont les potentiels rôles de l'ergothérapeute auprès des personnes trans ?**

II. Cadre conceptuel

Les éléments développés dans le cadre conceptuel permettent de définir des points de repères utiles à la compréhension des données obtenues sur le terrain. Le cadre conceptuel a également pour fonction d'organiser la démarche de pensée (Formarier & Poirier-Coutansais, 1986). Les éléments rapportés lors des entretiens exploratoires sont mêlés à ceux provenant de la littérature, pour faire sens avec l'approche inductive choisie.

1. Population trans

1.1. Terminologie des transidentités

Chaque personne a le sentiment d'être une femme, d'être un homme, d'être ni l'un ni l'autre, ou d'être une combinaison des deux (Safer & Tangpricha, 2019). Ce « sentiment profond et intime », désigné sous le terme d'identité de genre, renseigne sur le caractère subjectif (Dubuc, 2017). Les personnes trans ont une identité de genre qui ne correspond pas au genre qui leur a été assigné à la naissance, selon leurs caractéristiques génitales.

Il existe une vaste terminologie en lien avec l'identité de genre. Un lexique reprenant les termes spécifiques aux transidentités est disponible en [Annexe 1](#). Le terme « trans » est actuellement le plus inclusif et est celui employé dans ce travail. Ce terme parapluie regroupe toutes les personnes trans, que leur genre soit binaire ou non-binaire¹, fluide (qui varie dans le temps) ou non (Kattari et al., 2016). Ainsi le terme « transidentité » est employé pour désigner le fait d'être trans (Safer & Tangpricha, 2019). Autrement, pour désigner les personnes dont l'identité de genre correspond au genre attribué à la naissance, le terme « cisgenre » ou « cis » est employé. Les termes « transsexualisme » et « *transsexualité* » sont aujourd'hui peu utilisés notamment en raison de leur participation à une confusion entre l'orientation sexuelle (*homosexualité*) et l'identité de genre (Reucher, 2011). Enfin, le synonyme « transitude » peut également être employé, préférentiellement dans un contexte militant. Il a pour avantage de ne pas renvoyer à la sexualité, et de ne pas limiter l'identité d'une personne trans à sa transidentité (Espineira & Thomas, 2022).

¹ Personne qui n'est ni exclusivement un homme, ni exclusivement une femme. Cela peut être une combinaison (simultanée ou alternée) de genres, une absence (agenre), ou un genre autre. Le vécu des personnes non binaires est incluse dans les vécus trans.

L'écriture inclusive est utilisée dans cet écrit afin de représenter équitablement les femmes, les hommes et les personnes non-binaires. L'adoption d'une communication inclusive en français dans le domaine de l'ergothérapie est recommandée par l'association canadienne des organismes de réglementation en ergothérapie afin de « combattre les préjugés implicites du sexisme et de la transphobie » (Lamontagne et al., 2022).

Le nombre de personnes trans en France n'est pas évalué avec précision à ce jour, toutefois il existe des estimations. L'estimation de la population trans dépend essentiellement de la méthode de l'étude et de la définition des « cas ». Certaines études se basent sur le nombre de personnes ayant recours à des soins de santé trans-spécifiques (chirurgie de réassignation, hormonothérapie) (Collin et al., 2016 ; Vandendriessche, 2022). D'autres recensent le nombre de personnes trans par le biais d'enquêtes exploratoires sur l'identité de genre, se basant sur l'autodétermination du genre des personnes (The GenIUSS Group, 2014). Cela a pour conséquence de grandes variations dans les estimations, d'un facteur 100 à 1000 entre les méthodes (Vandendriessche, 2022). Dans ce travail, les personnes trans sont donc les personnes s'affirmant comme telles, indépendamment de leur passing².

Bien qu'il existe peu de chiffres sur les transidentités, le Canada a recueilli des données à ce sujet lors d'un recensement national. Il s'agit du seul pays à disposer de tels chiffres dans le Monde. En effet, en 2021, le recensement canadien comportait une nouvelle question sur le genre ainsi que la précision « à la naissance » à la question sur le sexe (Vandendriessche, 2022). Ainsi le taux de personnes trans dans sa population est de 0.33% pour les personnes de plus de 15 ans. En considérant que la France partage les mêmes caractéristiques que le Canada, Claire Vandendriessche, coprésidente du Réseau de Santé Trans « ReST », estime en 2022 le nombre de personnes trans en France à plus de 180 000. Les personnes trans représentent donc une minorité de la population française bien que le nombre de personnes trans, et notamment d'enfants et d'adolescent·es, semble augmenter (OCDE, 2019). Cette impression d'augmentation interpelle sur l'histoire des transidentités. Comment expliquer que le nombre de personnes trans augmente ? Depuis quand les transidentités existent-elles ?

1.2.Histoire des transidentités

Le terme « d'épidémie transgenre » est parfois employé dans les médias pour illustrer l'augmentation du nombre de personnes trans (Maillet, 2023). Cette analogie entre

² Terme anglais. Fait de « passer » ou d'être perçu·e, aux yeux des autres, en tant que membre d'un genre différent de celui assigné et ce, sans que la transidentité soit identifiable.

transidentité et maladie contagieuse questionne et invite à apporter des éléments historiques et sociologiques à cette recherche.

À titre d'exemple, au IV^{ème} siècle dans l'Empire Romain, des personnes refusaient les rôles associés à leur genre. Des « femmes » quittaient leur mari et enfants et « se faisaient passer pour des hommes », alors même que cela relevait de l'interdit. Des récits de transitions de genre³ sont également retrouvés dans des romans de chevaleries du Moyen-Âge (Maillet, 2023). La considération de la société envers les personnes trans a sensiblement évolué au cours des époques. Par exemple, en France au XVIII^{ème} siècle, le terme « crime de travestissement » était employé pour désigner les personnes ne s'habillant pas selon leur genre. Cette expression disparaît finalement complètement au Moyen Âge, bien qu'officiellement il demeurait interdit pour une femme de porter un habit d'homme et inversement (Maillet, 2023).

Les informations concernant les personnes trans restent d'une grande rareté dans les écrits. Sans pouvoir les comptabiliser, il apparaît toutefois que les personnes trans ont toujours existé dans l'Histoire (Maillet, 2023).

Leur visibilité progressive dans l'espace public et médiatique conduit la société à en prendre davantage conscience. Des évolutions dans la considération des personnes trans sont observables jusqu'à aujourd'hui. Quelle est la situation actuelle, en France, pour les personnes trans ? Quel regard porte la société et particulièrement le milieu de la santé sur ces 180 000 personnes ?

1.3. Dépsychiatisation des transidentités

Reucher (2011) explique que de la minorité des gaucher·ères n'a pas un trouble sous prétexte qu'elle est moins nombreuse que la majorité droitrière, et qu'il en va de même pour les personnes trans. Pour autant, selon certaines théories psychanalytiques, la transidentité serait un « problème de transmission fantasmatisque de désirs inconscients des parents » (Chiland, 1997 cité dans Reucher, 2005). Cela pourrait donc être résolu, « guéri » par des thérapies de conversion. Eliacheff et Masson (2022) pensent plutôt que cela serait un « phénomène d'emprise sectaire par les réseaux sociaux ». Enfin, et ce particulièrement jusqu'aux années 70, la transidentité relevait de la démence, de la schizophrénie ou encore de la psychose

³ Période durant laquelle une personne trans réalise un certain nombre d'actes pour adapter son quotidien à son identité de genre.

délirante chronique (Feys, 2020). Ces conceptions proposent une vision pathologique des transidentités, qui n'est plus d'actualité dans la législation française.

En France, l'article 1 du décret 2010-125 du 10 février 2010 marque le retrait de la transidentité des maladies psychiatriques. Il fait suite au changement opéré par la Haute Autorité de Santé (HAS). De ce fait depuis 2009 les frais liés à une transition de genre sont pris en charge à 100% par une Allocation Longue Durée hors liste (ALD31). Jusqu'alors la transidentité était classée sous le nom de « transsexualisme » dans la liste des ALD psychiatriques (ALD 23) (Giarni, 2012). Toutefois, bénéficiaire de l'ALD reste souvent conditionné à la fourniture d'un certificat psychiatrique, limitant significativement l'accès à cette dernière (Picard & Jutant, 2022).

Selon la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie (CNAM), 8 952 personnes sont titulaires de l'ALD pour « transidentité » en 2020 dont 8 % sont aussi concernées par une affection psychiatrique (Picard & Jutant, 2022). Or, comme vu précédemment, le nombre de personnes trans en France est estimé à plus de 180 000, par comparaison avec le Canada (Vandendriessche, 2022). Selon ces estimations, moins de 5% des personnes trans en France bénéficient d'une ALD. Si ces chiffres à l'échelle de la France interpellent par leur écart, quelle est la situation actuelle à l'échelle mondiale ?

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) associée à l'Organisation des Nations Unies (ONU) a retiré la transidentité de la classification des troubles mentaux en 2019. Dans la onzième révision de la Classification Internationale des Maladies (CIM), la « dysphorie de genre » est remplacée par le diagnostic d'« incongruence de genre » classé dans le chapitre des conditions liées à la santé sexuelle plutôt que dans celui des troubles mentaux et du comportement (OMS, 2019).

Enfin, dans la cinquième édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (en anglais : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM) publié par l'Association Américaine de Psychiatrie (APA), le diagnostic de « dysphorie de genre » est toujours utilisé. Il se caractérise par « une incongruence marquée entre un genre exprimé/vécu et un genre assigné, durant une période d'au moins six mois » (APA, 2015). Toutes les personnes trans ne souffrent pour autant pas de dysphorie de genre, d'où l'importance donnée à l'autodétermination du genre (Safer & Tangpricha, 2019).

L'écart entre le genre assigné et le genre affirmé peut en effet être source de souffrance, bien que cette souffrance ne soit pas systématique (Forno et al., 2023). Elle est d'ailleurs parfois caractérisée par les diagnostics précédemment évoqués. La souffrance rapportée se place

comme élément de justification à la pathologisation des transidentités, alors même que c'est la pathologisation qui est décrite comme à l'origine de cette souffrance (Butler, 2009). Finalement, les transidentités sont bien « hors du champ de la pathologie » et désignent plutôt une « construction singulière de l'identité » (Condat, 2020 ; Forno et al., 2023).

Malgré ce constat, la pathologisation et plus précisément la psychiatrisation des transidentités demeurent fréquentes et font partie de la transphobie (Alessandrin, 2016). La transphobie désigne « le mépris, le rejet ou la haine des personnes trans et des comportements associés aux transidentités, c'est-à-dire associés à un genre perçu comme non conforme » (DILCRAH, 2019). Elle peut prendre de multiples formes comme le mégenrage⁴, les violences physiques ou sexuelles, les moqueries, les insultes, les menaces, l'outing⁵, le harcèlement, les discriminations, ou le meurtre (DILCRAH, 2019).

De la même façon qu'il n'existe pas d'études recensant le nombre de personnes trans en France, il n'en existe pas pour les actes transphobes. Toutefois, le milieu associatif nous renseigne sur leur évolution. Le rapport de l'association SOS Homophobie portant sur l'année 2022 mentionne une augmentation de cas de transphobie leur ayant été rapportés de 35 % par rapport à 2020, et de 27 % par rapport à 2021. Le rejet est la manifestation la plus commune de transphobie. Les contextes les plus communs semblent être les commerces et administrations (20 % des cas), sur Internet (18 %), et enfin au sein de la famille et de l'entourage (13 %). Toutefois, ce rapport ne traite que des plaintes rapportées dans les appels reçus par l'association. Bien que le milieu du soin n'apparaisse dans ces chiffres, la question suivante se pose : Quelles expériences les personnes trans font-elles du système de santé ?

Des actes transphobes sont en effet rapportés au sein du système de santé français (Wylie et al., 2016). Ce constat est partagé par les ergothérapeutes interrogées lors des entretiens exploratoires. Elles rapportent observer des formes d'incompréhension voire des propos transphobes de la part de certain-es membres des équipes soignantes. Cette situation interpelle puisque l'article L.1110-3 (2005) du Code de la santé publique prévoit « qu'aucune personne ne [puisse] faire l'objet de discriminations dans l'accès à la prévention et aux soins ». De plus, la transphobie, comme toute discrimination, est interdite par l'article 1er de la loi n°2008-496 du 27 mai 2008. De ce fait, quels sont les impacts de la transphobie sur les parcours de soin et décisions de santé des personnes trans ?

⁴ Utiliser un pronom ou des accords qui ne sont pas ceux utilisés par la personne.

⁵ Révéler l'identité de genre d'une personne contre sa volonté.

1.4. Accès aux soins

Le rapport relatif à la santé et aux parcours de soins des personnes trans de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) renseigne sur ces questions.

Pour apporter des précisions, il convient tout d'abord de rappeler que l'identité des personnes trans ne se résume pas à leur genre. Les personnes trans ne forment pas une catégorie homogène du point de vue des facteurs sociaux, environnementaux, culturels, économiques et comportementaux. De ce fait, une même personne peut s'identifier à plusieurs facteurs différant de la norme, engendrant de potentielles situations de discrimination supplémentaires. Ces facteurs sont appelés les déterminants de santé et impactent les trajectoires de soins, d'où l'intérêt de les considérer (Beaubatie, 2019 ; SACOPAR, 2013). Afin de comprendre véritablement l'état de santé d'un groupe de personnes ou d'une personne, il semble que l'attention doit être portée sur l'ensemble de ses déterminants de santé. Ce constat est le reflet de la complexité des situations d'inégalités de santé (Kapilashrami et al., 2015).

Le rapport de l'IGAS développe les difficultés d'accès aux soins en expliquant qu'elles sont particulièrement préjudiciables (Picard & Jutant, 2022). En effet, les personnes trans rencontrent de nombreuses situations de grande vulnérabilité sociale et sont plus exposées à certains risques sanitaires que le reste de la population (infection à VIH et autres infections sexuellement transmissibles, troubles de santé mentale, consommation de substances psychoactives). Cette vulnérabilité sociale est souvent consécutive à des ruptures familiales, professionnelles ou sociales, en lien avec la transphobie évoquée précédemment. D'autre part, la complexité des démarches administratives et les restes à charge de certains soins sont des éléments supplémentaires en ce sens. L'accès aux soins pour les personnes trans est donc « un défi d'envergure » (Gaudette, 2022). Les ergothérapeutes interrogées mentionnent en effet des difficultés liées au parcours administratif, impliquant des situations de mégenrage au sein des services hospitaliers, le prénom figurant sur le dossier médical n'étant pas toujours actualisé.

Les difficultés d'accès aux soins et aux parcours de transition conduisent à des non-recours ou un recours tardif aux soins, ainsi qu'à un manque de confiance vis-à-vis des professionnels de santé. Les pratiques d'automédication (par exemple à de l'automédication hormonale) sont alors fréquentes (Hana et al., 2021).

Enfin, lorsque que des soins psychiatriques sont nécessaires, les personnes concernées sont confrontées à la saturation des équipes de santé mentale, notamment dans les Centre Médico-Psychologique (CMP). Cela d'ailleurs a conduit de nombreuses associations à mettre en place des consultations gratuites auprès de psychologues. En ce sens, des approches trans

affirmatives se développent et permettent aux personnes trans « de faire preuve de résilience vis-à-vis de l'adversité ». Le terme d'« approche » est utilisé ici comme « une approche théorique pour une application pratique directe » (Morel-Bracq, 2017). En effet cette approche « autorise les personnes trans et non binaires à explorer et affirmer librement l'identité de genre en contexte d'intervention, dans le respect de leur autodétermination » (Medico & Pullen Sansfaçon, 2017). Elle est reconnue comme étant l'approche la plus adaptée à ce jour et fait désormais partie des standards de soins internationaux (Coleman et al., 2022).

Selon ce même rapport, l'amélioration de l'accès aux soins des personnes trans passe par « un renforcement du travail en réseau » et peut se faire dans « des cadres souples et peu formalisés » en s'appuyant par exemple sur la collaboration entre des professionnel·les de santé de ville et hospitaliers et des associations communautaires (Picard & Jutant, 2022). Comme mentionné précédemment, le soutien psychologique est fréquemment proposé au sein d'associations communautaires, d'où l'intérêt qui leur est porté dans ce travail de recherche. Dès lors, comment s'organise le soutien proposé aux personnes trans ? Quelles places prennent les associations dans les parcours de vie, dans les parcours de santé, dans les parcours de transition ? Vers quelles ressources se tournent les personnes trans, lorsque l'accès aux soins traditionnels n'est plus assuré ?

1.5. Ressources mobilisées par les personnes trans

Afin d'apporter des éléments de réponse à ces interrogations, Stassin, enseignante-chercheuse en Sciences de l'information et de la communication à l'Université de Lorraine, a mené une recherche en 2023 sur les pratiques informationnelles des personnes trans. L'étude met en exergue qu'Internet figure parmi les sources d'informations préférentielles sur les transidentités. Véritable bulle d'informations, Internet permettrait notamment aux jeunes personnes trans d'accéder à des savoirs expérientiels, à des savoirs d'expertise dit alternatifs, et cela dans un cadre qui les protège. Comme dans tout groupe social, la question de « pression à la conformité » peut toutefois se poser (Stassin, 2023).

Cette étude mentionne également l'importance des échanges entre pair·es au sein des associations. Dans ce contexte, le terme d'association est employé telle que définie dans la loi du 1^{er} juillet 1901 c'est-à-dire comme étant « la convention par laquelle deux ou plusieurs personnes mettent en commun, d'une façon permanente, leurs connaissances ou leur activité dans un but autre que de partager des bénéfices ». Les interactions au sein de ces associations favorisent « la formalisation de connaissances tacites, le développement de savoir-faire et le

partage, voire la création, de nouvelles connaissances, donnant à ces lieux la forme de « communautés de pratique » » (Stassin, 2023). Cela démontre une forme d'expertise développée par les personnes trans, les amenant parfois d'ailleurs à une remise en question du savoir clinique des médecins. La contestation du pouvoir médical, la volonté d'autonomisation et la revendication des personnes trans sur l'expertise qu'elles ont de leur situation font écho à la situation des années 1980 avec les personnes atteintes du VIH/sida se retrouvant au sein des associations comme AIDES ou encore Act Up (Picard & Jutant, 2022). Ce parallèle invite à explorer davantage l'histoire du milieu associatif trans.

En France, en 1965, le mouvement associatif trans naît par la fondation de l'Association des MALades HORmonaux (AMAHO) par Marie-André Schwinden-hammer. Dans le contexte de l'époque, les premières associations avaient pour but de « sortir de l'isolement même au prix de la marginalité » (Espineira, 2015). Standards téléphoniques, accueils spécifiques, réunions mensuelles et rencontres avec les proches voient progressivement le jour. Dès les années 90, le monde associatif trans s'engage dans la démarche « d'expertise » ce qui leur permet de gagner progressivement en visibilité (Alessandrin & Espineira, 2015). Le terme de « morcellement associatif » est d'ailleurs employé, les associations faisant preuve d'une grande diversité. Certaines s'investissent dans la militance, le plaidoyer, l'accompagnement des personnes trans mineures et leur famille, la sensibilisation et l'éducation du grand public, la formation professionnelle ou encore la santé communautaire (Espineira, 2015).

« Quand un refus de soins est la meilleure chose que vous puissiez espérer, que faites-vous ? Vers qui vous tournez-vous ? De plus en plus, nous nous tournons les un·es vers les autres. » (Armangau, 2023).

Les associations trans s'organisent pour faire face aux difficultés rencontrées. A titre d'exemple, le Réseau de Santé Trans (ReST) associe à la fois des personnes trans, des représentant·es d'associations, et des professionnel·les de santé, dans la région Bretagne depuis 2018. Il a pour principes d'améliorer l'accès aux soins, la qualité des soins, en optant par une meilleure information et formation des professionnel·les de santé ainsi que par la défense des droits des personnes trans en matière de santé. Une telle organisation suppose une approche spécifique de la santé : une approche à l'échelle communautaire. Avant de s'interroger sur la façon dont la santé est conçue à cette échelle, il convient de définir ce qu'est une communauté et ce qui justifie l'utilisation du terme « communauté » dans ce contexte.

2. Enjeux de santé à l'échelle de la communauté

2.1. Communauté trans

Le terme d'association communautaire est fréquemment retrouvé et est d'ailleurs employé dans le rapport de Picard et Jutant (2022). Ce terme désigne les organisations à but non lucratif formées par un groupe de personnes au sein d'une communauté spécifique, ici, la communauté trans. Cette communauté fait plus largement partie de la communauté LGBTQIA+⁶. Elle regroupe l'ensemble des personnes dont l'orientation sexuelle, les caractéristiques sexuelles ou l'identité de genre ne correspondent pas à la majorité cisgenre, dyadique⁷ et hétérosexuelle. Les questionnements suivants demeurent : Qu'est-ce que représente véritablement une communauté ? Quelles potentielles ressources ou limites impliquent t-elles ?

En reprenant l'étymologie du terme « communauté », elle peut être définie comme un « groupe de personnes (*cum*) qui jouissent de manière indivise d'un patrimoine, un bien, une ressource, ou bien au contraire une obligation, une dette (*munus*) » (Jacquier, 2011). Les membres d'une communauté acquièrent leur identité en partageant des convictions, des valeurs et des normes conçues en son sein. L'appartenance à une même communauté ne rend pas pour autant les vécus homogènes, d'autant plus que les personnes peuvent être membres de plusieurs communautés selon des facteurs tels que la géographie, la profession, ou encore les loisirs (OMS, 1999). Cette affirmation est valable pour la communauté trans dans laquelle les vécus sont d'une grande variété. L'expérience commune de la transidentité (et aussi de la transphobie), le partage, le soutien, le conseil sont les fondateurs de la communauté. « Trouver une place dans la communauté » facilite également la résilience, décrite comme « [la] capacité à « rebondir » après des expériences difficiles » (Singh, 2013) [Traduction libre].

La communauté apparaît comme une ressource majeure pour les personnes trans, y compris en matière de santé. Son importance est décrite par les ergothérapeutes observant, particulièrement chez le public adolescent, des signes d'appartenance à la communauté tels

⁶ Lesbienne, Gay, Bi, Trans, Queer, Intersexe, Asexuel·le et Aromantique. Le « + » inclut toute identité de genre ou orientation marginalisée.

⁷ Se dit de toute personne qui n'est pas intersexuée. Adjectif utilisé pour désigner une personne dont les caractéristiques sexuelles sont typiquement masculines ou féminines à la naissance.

que des drapeaux arcs-en-ciel, symboles de la communauté LGBTQIA+.

La question d'entraide au sein de la communauté suscite un intérêt particulier pour cette recherche et invite à s'interroger sur la place que peut prendre la communauté trans dans l'accompagnement en ergothérapie. Finalement, comment appréhender la communauté dans le champ de la santé ? Comment tirer parti des connaissances issues de la communauté pour promouvoir la santé au sein de cette même communauté ? Quelles sont les implications de concevoir la santé ainsi pour la « communauté trans » ?

2.2. Approche communautaire en santé

Tout d'abord, la santé est définie comme étant « un état de complet bien-être physique, mental et social, ne consistant pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » selon la Constitution de 1948 de l'OMS.

En réalité, il est possible de préciser cette définition en ajoutant que la santé de chaque individu est déterminée par les interactions entre les déterminants de santé, comme explicité précédemment (SACOPAR, 2013). Le terme Inégalités Sociale de Santé (ISS) naît de ce constat. Les ISS désignent les différences dans le domaine de la santé étant systématiques, injustes et potentiellement évitables car socialement construites. Il ne s'agit pas seulement des disparités entre deux populations, il est ici question d'une différence injuste socialement et pour autant faite systématiquement (Whitehead & Dahlgren, 2006). Les apports théoriques précédents ont permis d'aboutir au constat suivant : les ISS concernent la communauté trans. Cela invite à approfondir le concept d'approche communautaire en santé.

Le terme « communautaire » est un terme peu utilisé en France. En effet, il porte une connotation négative du fait de la possible confusion avec le « communautarisme » tel que présent dans la conscience collective française (Clavreul, 2020 ; Jouve et al., 2022). Ce dernier porte souvent l'idée de repli d'une communauté sur elle-même, d'un isolement d'un groupe du reste de la société. Cette idée est pour autant bien absente de l'action communautaire, qui se définit comme « toute initiative, issue de personnes, de groupes communautaires, d'une communauté (géographique, locale, régionale, nationale ; d'intérêts ; d'identité) visant à apporter une solution collective et solidaire à un problème social ou à un besoin commun » (Lamoureux et al., 2008).

L'approche communautaire renvoie à des réalités variées et à de multiples définitions dans la littérature (Jourdan, 2012). Tout d'abord, il s'agit d'une stratégie de promotion de la santé (Clavreul, 2020 ; Lamoureux et al., 2008). Cette dernière se définit dans la charte d'Ottawa

comme étant un processus d'autonomisation des populations afin qu'elles obtiennent un meilleur contrôle sur leur santé et leurs déterminants en vue de l'améliorer (OMS, 1986). Selon l'ergothérapeute Hélène Clavreul (2020), l'approche communautaire peut également se définir comme une démarche ascendante : les besoins sont repérés par la population et se trouvent à la base de la démarche. Le terme « bottom-up », communément utilisé dans le champ de l'ergothérapie, peut ici être employé pour illustrer le concept de partir « de la base de la communauté pour co-construire des actions » (Monin, 2019). La participation volontaire des membres alimente ensuite la démarche et permet son avancement. Cela engage donc la communauté à définir ses propres difficultés occupationnelles (diagnostic), lui conférant des responsabilités, et de ce fait lui permet de retrouver un pouvoir sur leur santé.

Le concept derrière l'approche communautaire est le suivant : « si les problèmes sociaux et sanitaires sont de nature collective, ils doivent faire l'objet de solutions collectives » (SACOPAR, 2013).

Ce concept se rapproche sensiblement d'une approche ergothérapique, tant les valeurs partagées sont proches. La World Federation of Occupational Therapists (WFOT) argumente d'ailleurs la pratique communautaire par l'essence même de l'ergothérapie soit par une pratique centrée sur les personnes et leurs occupations dans la perspective d'une meilleure santé (WFOT, 2019). Il s'agit bien d'accompagner la capacité à choisir les occupations dans lesquelles s'adonner, choisir celles qui font sens, qui sont alignées à qui nous sommes, nos valeurs, nos goûts, et notre identité de genre (Delaisse et al., 2022). Dès lors, quelles spécificités résident dans l'approche communautaire en ergothérapie ?

2.3. Approche communautaire en ergothérapie

En tant que spécialistes « de la complexité du quotidien et de son lien à la santé », les ergothérapeutes sont invité-es par les Agences Régionales de Santé (ARS) à « renouveler leur offre, répondre au défi de la santé contemporaine et déployer leur arme de prédilection, l'occupation, avant que le dernier recours soit la rupture par l'hospitalisation » (Albuquerque, 2019). Cela peut notamment se faire au travers d'une approche communautaire, reconnue comme utile auprès des personnes trans par les ARS (Picard & Jutant, 2022).

Par ailleurs, l'utilisation du terme « ergothérapie sociale » pour désigner l'ergothérapie communautaire peut être privilégiée afin justement d'éviter de « troubler la compréhension de la pratique » pour les raisons terminologiques déjà mentionnées (Jouve et al., 2022). De la même façon, l'alternative « approche citoyenne » est également possible (Clavreul, 2020). Le

terme d'approche communautaire est privilégié dans ce mémoire du fait de la place prise par la communauté trans dans cette recherche.

En allant au-delà du contexte médical, cette approche s'intéresse aux environnements sociaux de la personne en y intégrant les associations communautaires (Albuquerque, 2019). Clavreul (2020) mentionne justement le fait « d'aller vers les publics dont les conditions sociales d'existence (les déterminants de la santé) génèrent des problématiques de santé et occupationnelles importantes ». Ce point fait écho à ce qui a été rapporté précédemment, c'est à dire au fait « d'aller vers les personnes trans » en « allant vers les milieux associatifs trans ».

Pour résumer, dans l'approche communautaire, les ergothérapeutes ont pour rôle de soutenir, de coordonner et de contribuer au développement et à la mise en œuvre de moyens adaptés (Guebey, 2020). L'action est non seulement portée sur la santé, mais aussi sur ce qui la détermine, et notamment dans ce contexte, les occupations (Clavreul, 2020 ; WFOT, 2019). Pour cela, les ergothérapeutes peuvent s'appuyer sur leurs « compétences en matière de développement communautaire, de promotion de la santé, de renforcement des capacités, de conception environnementale et de défense des intérêts qui peuvent être appliquées à la pratique communautaire » (WFOT, 2019).

La pratique de l'approche communautaire interroge sur l'exercice de l'ergothérapie : une telle approche implique-t-elle la perte de la considération de l'individu au profit de l'intérêt pour le groupe communautaire ? Il apparaît en effet qu'une modalité groupale peut particulièrement trouver du sens au regard d'une telle approche. Toutefois l'accompagnement individuel semble se révéler complémentaire, selon Clavreul (2020).

Finalement, cette approche communautaire est-elle réellement mise en pratique par les ergothérapeutes en France ?

2.4.Pratique de l'ergothérapie communautaire en France

A ce jour en France l'exercice des ergothérapeutes se fait majoritairement par « une démarche curative, traitante, à l'occasion d'un soin ou d'une rééducation » (Albuquerque, 2019). Selon le référentiel d'activité du 5 juillet 2010, les ergothérapeutes fondent leur pratique sur le lien entre les occupations et la santé. Leur intervention trouve sa place lorsque « les occupations sont entravées par une transition de vie, des difficultés motrices, sensorielles, psychiques ou cognitives » (Roy, 2023). Les ergothérapeutes interrogées lors de l'enquête exploratoire confirment cette tendance et exercent majoritairement avec une démarche curative. De plus, elles expliquent travailler régulièrement avec des groupes, sans pour autant considérer ou

intégrer la communauté.

En effet, les personnes trans sont peu amenées à rencontrer des ergothérapeutes en tant que « communauté ». Cependant, les ergothérapeutes rapportent accompagner ponctuellement des personnes trans de manière individuelle et majoritairement autour d'objectifs semblant sans lien avec les transidentités.

La pratique par les ergothérapeutes de l'approche communautaire en France demeure largement minoritaire bien qu'elle soit en pleine émergence (Delaisse et al., 2022 ; Letts et al., 2022). Le changement paradigmatique en ergothérapie semble mener « au-delà des tendances dominantes axées sur l'individualisation et la bio médicalisation de la santé pour agir à l'échelle communautaire » (Jouve et al., 2022).

Ce changement s'inspire sensiblement des retours d'expériences d'ergothérapeutes à l'étranger. En effet, en se penchant sur la littérature, une part importante des données provient des pays nord-américains. Selon les ergothérapeutes interrogé-es par Jouve et al. (2022) lors d'une recherche portant sur les facilitateurs et obstacles à l'ergothérapie communautaire en France, « l'ergothérapie communautaire aurait pour assise théorique la science de l'occupation », discipline scientifique dont l'objet d'étude est l'occupation humaine (Meyer, 2018). Ainsi, il apparaît désormais primordial de mettre en évidence les liens existants entre la communauté trans et la science de l'occupation. Quelles sont les expériences occupationnelles de la communauté trans ? Comment ces dernières évoluent-elles au fil de la transition de genre ?

3. Transidentités et sciences de l'occupation

3.1. Transitions de genre et transitions occupationnelles

L'expression de qui nous sommes, et entre autres de notre genre, peut se faire par l'occupation. Ce concept se nomme d'ailleurs en anglais « *doing gender* » (West & Zimmerman, 1987). Les personnes s'adonnent ou souhaitent s'adonner à des occupations en accord avec leur genre, et cela donc, selon les stéréotypes de genre (Schneider et al., 2019). La transition de genre vise « à engager des actions en vue de vivre dans le genre auquel la personne s'identifie », que ce soit sur le plan social, médical ou encore juridique, faisant écho avec le concept de « *doing gender* » (Picard & Jutant, 2022). Les actions mises en place peuvent conduire à des changements dans la participation aux occupations.

Les vécus sont de nouveau marqués par la singularité de chaque individu et conduisent à des

transitions de genre uniques où aucune étape n'est obligatoire, les dimensions de la transition de genre ne sont pas nécessairement toutes mises en œuvre. De ce fait, il ne semble pas y avoir un début ou une fin de transition clairement définis, ce qui rend l'utilisation de ce terme floue et invite à limiter son utilisation dans ce travail.

La transition peut par exemple se traduire par un coming-out trans⁸, une modification de l'expression de genre⁹, une prise d'hormones, ou encore en des interventions chirurgicales (Safer & Tangpricha, 2019 ; Schneider et al., 2019). De plus, certaines activités sociales étant séparées suivant la binarité des genres, particulièrement dans le milieu sportif, l'apparition de nouveaux rôles ou la participation à de nouvelles occupations peuvent être induites par la transition (Schneider et al., 2019).

Selon Crider et al. (2014), toute transition s'accompagne de transitions occupationnelles pouvant être comprises comme « un moment de la vie où une occupation change en faveur d'une autre, et cela en réaction à des événements de vie » (Schneider et al., 2019).

L'investissement dans certaines occupations peut être interrompu, au profit ou non de nouvelles occupations, certaines personnes se sentant « incapables de s'engager dans des occupations en accord avec leur genre ressenti » (Beagan et al., 2012). A ce sujet, une étude canadienne de Beagan et al. (2012) interroge la façon dont les personnes trans mobilisent les occupations pour affirmer leur identité de genre. Selon l'étude, lorsqu'une personne entame une transition de genre, ses occupations vont essentiellement se concentrer sur la « gestion réussie de la divulgation du genre, les nouvelles routines de soins personnels et la gestion des relations personnelles ainsi que de leurs relations de travail » (Beagan et al., 2012). Certaines personnes vont par exemple investir les soins personnels (maquillage) ou les loisirs (musclature), lorsque d'autres se révèlent être en situation de rupture occupationnelle, par exemple lors de l'arrêt de la participation à un club sportif. Un des éléments expliquant ces désengagements occupationnels semblent être la peur, le stress du regard et des interactions avec les autres, ce qui interpelle et invite à approfondir cet aspect.

⁸ Annonce volontaire à une ou plusieurs personnes de son identité de genre ou orientation sexuelle. Une personne trans peut être amenée à faire son coming-out à plusieurs moments de sa vie, en fonction de ses proches / ami·es et de sa situation.

⁹ Ensemble de caractères visibles et tangibles (corps, vêtements, maquillage, parfum, attitude, voix...) présentés par une personne. Elle ne suffit pas à déterminer le genre d'une personne.

3.2. Transitions sociales

La gestion des relations sociales apparaît dans les récits des personnes trans comme un élément clé de la transition, le terme « transition sociale » est d'ailleurs fréquemment employé en ce sens (Picard & Jutant, 2022). Il désigne le fait de vivre au sein de ses relations sociales, de ses environnements (familial, amical, affectif, professionnel) dans un genre social autre que le genre assigné. Les contraintes de chaque personne, liées à ses environnements, rythment les moments de coming-out.

La totalité des personnes ayant participé à l'étude de Beagan et al. (2012) affirment que la gestion des « relations est devenue une occupation importante une fois avoir révélé leur identité trans ». Certaines témoignent avoir perdu une majorité de leur réseau social les amenant à se questionner sur « quelles personnes seraient à leur chevet après les chirurgies » (Beagan et al., 2012). Cette réflexion semble valable tant pour les relations familiales (parents et enfants), que pour les relations professionnelles ou encore les relations amoureuses.

Les contraintes de chaque personne, liées à ses environnements, rythment les moments de coming-out, rendant les interactions sociales source de questionnements, voire de stress (Platt & Bolland, 2016). Ce stress est appelé « stress minoritaire » et est commun à l'ensemble de la communauté trans du fait de leur aspect minoritaire dans la société. Le stress minoritaire est facteur d'isolement et de détresse parmi les personnes trans (Meyer, 2003 ; Schneider et al., 2019). Les liens entre le stress, l'identité minoritaire, les influences extérieures ou encore la santé somatique et mentale sont majeurs, comme décrits par le modèle du stress minoritaire de Meyer (2003) (cf Annexe 16). Les impacts sur la santé interpellent particulièrement sur les possibilités d'intervention en ergothérapie (Veal, 2023).

De plus, il est reconnu que certaines occupations se révèlent être des moyens efficaces pour explorer et affirmer son genre, interrogeant sur la possibilité d'une ergothérapie trans affirmative (Schneider et al., 2019). A ce jour, les ergothérapeutes rencontrent et accompagnent peu les questions relatives à la santé des personnes trans. Des questionnements découlent de ce constat : Comment l'ergothérapie pourrait-elle intervenir en soutien à l'affirmation de genre par les occupations ? Une ergothérapie trans affirmative est-elle possible ? Enfin, au vu des difficultés dans les relations sociales et en considérant le stress lors des interactions sociales, que propose l'ergothérapie ?

3.3. Interactions sociales et mises en situation en ergothérapie

La mise en situation figure parmi les outils fréquemment mobilisés par les ergothérapeutes (Guihard, 2007). L'intervention ergothérapique débute par un temps d'évaluation des compétences sociales pouvant se traduire par l'observation de la personne au sein d'un groupe, voire au sein de la communauté. L'observation peut se faire de manière spontanée, informelle, ou lors de mises en situation. L'identification des obstacles entravant ou limitant la participation occupationnelle est une étape clé de la démarche (Morel-Bracq et al., 2015). A ce sujet, les personnes trans identifient essentiellement une peur du rejet (Schneider et al., 2019). La démarche se poursuit par l'élaboration d'un plan d'intervention axé vers la reprise et l'adaptation des occupations.

En s'appuyant sur le référentiel d'activités de l'ergothérapeute, la mise en situation apparaît comme un moyen thérapeutique « à visée de rééducation, réadaptation, réinsertion et réhabilitation sociale ». Deux types de mises en situations sont détaillés : les mises en situation d'activités rééducatives « visant le développement des capacités motrices, sensorielles, cognitives, comportementales, d'interaction et de communication » et celles « dans le contexte de vie de la personne visant le transfert des acquis dans les situations de vie au quotidien ». L'intérêt de la mise en situation réside dans la possibilité de se confronter à des situations réelles ou proches du quotidien tout en pouvant s'entraîner à adopter un comportement souhaité. Cet entraînement, voir cet apprentissage, est accompagné par l'ergothérapeute.

Bien que ce moyen soit habituel dans la pratique des ergothérapeutes, dans quelle mesure s'agit-il d'un moyen adapté à la communauté trans ? Peut-il contribuer à l'affirmation du genre ? Comment les personnes trans peuvent-elle s'en saisir et à terme s'engager dans leurs occupations dans le genre affirmé ? S'agit-il d'un moyen compatible avec une approche communautaire en santé ?

III. Processus de problématisation et présentation des hypothèses de recherche

Afin de contextualiser les difficultés rencontrées par les personnes trans., un cadre conceptuel a été développé. En se basant sur une étude canadienne de Beagan et al. (2012), il est apparu que les transitions occupationnelles sont des éléments centraux des transitions de genre. En effet, l'investissement dans certaines occupations peut être interrompu, au profit ou non de nouvelles occupations. Le lien entre ces défis occupationnels et les difficultés rencontrées dans les interactions sociales a été mis en lumière et a conduit à penser un accompagnement en ergothérapie (Platt & Bolland, 2016). Ce dernier pourrait se faire vers les occupations et au-delà des difficultés dans les interactions sociales. Toutefois, la question des ressources à mobiliser pour faciliter cette rencontre entre ergothérapeutes et personnes trans demeure.

Finalement, c'est en s'appuyant sur le référentiel d'activités de l'ergothérapeute, que cet accompagnement a été imaginé. Il a donc semblé que la mise en situation pourrait se révéler être un moyen thérapeutique adapté, à la fois pour les ergothérapeutes et pour les personnes trans.

De plus, les réflexions apportées précédemment ont permis d'explorer les modalités avec lesquelles pourraient se faire ces mises en situation. Ainsi, il a paru essentiel d'investiguer sur les ressources déjà existantes, que ce soit pour faciliter l'accès aux soins des personnes trans (et à terme à l'ergothérapie) ou pour répondre aux difficultés rapportées. Ce qui ressort est le rôle crucial que joue le milieu associatif communautaire dans le soutien des personnes trans. Il a été décrit le rôle fédérateur des associations nous conduisant à employer le terme de « communauté trans ». Enfin, cela a amené à s'interroger sur l'approche communautaire de la santé, adoptée par ces associations, et la façon dont elle pourrait s'appliquer en ergothérapie. Le rapport de Picard et Jutant (2022) a également été un élément déterminant dans cette étape de problématisation. En effet, il argumente le lien entre l'amélioration de l'accès aux soins des personnes trans et l'importance du « renforcement du travail en réseau » en mentionnant particulièrement la collaboration entre les professionnel·les de santé de ville et hospitaliers et les associations communautaires (Picard & Jutant, 2022).

La rencontre entre ces différents éléments a conduit à l'élaboration de la problématique suivante :

En quoi la collaboration avec des associations communautaires trans peut-elle contribuer de manière positive à l'accompagnement en ergothérapie des personnes trans, spécifiquement sur les interactions sociales ?

Pour y répondre, deux hypothèses de travail initiales ont été formulées :

H1 : Par la collaboration avec le milieu associatif et par une approche communautaire, il serait possible de créer un premier environnement de rencontre entre personnes trans et ergothérapeutes. Cet espace pourrait être propice à une meilleure compréhension des transitions du point de vue des interactions sociales, de la part des ergothérapeutes.

Il a été vu qu'une première difficulté résidait dans la rencontre entre ergothérapeutes et personnes trans, qui jusqu'alors se faisait essentiellement en milieu hospitalier. La rencontre dans un environnement autre pourrait permettre aux ergothérapeutes d'aborder différemment les problématiques rencontrées par les personnes trans. De plus, la méfiance des personnes trans envers les professionnel·les de santé pourrait tendre à diminuer dans ce contexte.

H2 : L'ergothérapeute pourrait accompagner les difficultés dans les interactions sociales des personnes trans par la mise en situation.

La mise en situation est un outil connu et répandu dans la pratique de l'ergothérapie en France. Toutefois, son application à la communauté trans, dans l'objectif d'entraîner les capacités d'interaction, n'est pas documentée à ce jour. L'entraînement pourrait permettre de diminuer l'appréhension ressentie lors des interactions sociales et ainsi faciliter la participation occupationnelle dans le genre affirmé.

Enfin, de par l'approche inductive choisie, ces hypothèses demeurent provisoires et sont amenées à évoluer par la confrontation progressive avec le terrain (d'Arripe et al., 2014). Leur évolution est développée en Annexe 11. Il semble alors désormais naturel de présenter davantage l'approche inductive ainsi que plus généralement la méthodologie choisie et ses implications.

IV. Méthodologie employée

Dans cette partie, l'emploi du « je » méthodologique comme conceptualisé par Olivier de Sardan (2000) témoigne de la réflexion menée autour de « la question de la validité des connaissances produites par l'enquête » dans la mesure où « la personnalité du chercheur, la nature de ses relations avec les enquêtés, son mode d'implication dans la réalité locale jouent un grand rôle ».

1. Choix de la méthode

Mon choix personnel pour ce travail est de comprendre les expériences occupationnelles de la communauté trans, et ce afin d'identifier la place que l'ergothérapie pourrait prendre au sein des associations communautaires trans. Pour cela, des mesures factuelles semblent ne pas être indispensables. Dès lors, j'ai opté pour une méthode qualitative. Celle-ci est particulièrement adaptée à la « compréhension de phénomènes sociaux ... et met l'accent sur les significations, les expériences et les points de vue de tous les participants », ce qui correspond aux objectifs fixés (Kohn & Christiaens, 2014). La démarche adoptée est dite « compréhensive » comme pensée par Weber (Gonthier, 2004). Ce choix est également argumenté par une pratique peu développée à ce jour auprès de cette population. La méthode qualitative permet de présenter « la diversité des intérêts et du sens que chaque groupe d'acteurs donne à son action » participant à l'objectivité vers laquelle tend cette recherche (Alami et al., 2009).

2. Choix de l'approche

Blais et Martineau décrivent l'approche inductive comme étant « un ensemble de procédures systématiques permettant de traiter des données qualitatives ». Cette dernière est adaptée aux données traitant « des objets de recherche à caractère exploratoire » (Blais & Martineau, 2006). Le sujet choisi ayant été jusqu'alors peu traité par la littérature, il ressort une volonté d'explorer, de connaître les possibilités déjà existantes et en penser de nouvelles. De plus, une telle approche permet également d'éviter l'écueil « où l'on installe la théorie d'entrée de jeu et où les faits, trop aisément manipulables, se cantonnent dans un rôle d'illustration-confirmation » (Beaud & Weber, 2010 ; Kaufmann, 2001).

Ainsi, appliquer une approche inductive revient, selon Winkin (2001), à avoir pour point de départ « une idée encore mollement formulée » qui se confrontera au terrain, où seront recueillies « des données en tous sens ». Celles-ci seront mêlées à la littérature, permettant d'organiser les données selon des thèmes. Finalement, c'est « le va-et-vient continu entre

lectures et terrain » qui conduit à préciser avec justesse la problématique (D'Arripe et al., 2014). Toutes ces raisons ont poussé au choix de l'approche inductive pour ce travail, ce qui se traduit par entamer le travail par une enquête de terrain à visée exploratoire.

3. Phase exploratoire

La phase exploratoire a débuté par une prise de contact par mail avec des associations françaises de la communauté trans (ou plus largement de la communauté LGBTQIA+). Ainsi, j'ai pu constater l'absence d'ergothérapeutes présentes dans l'associatif communautaire trans, ou dans le réseau de ce dernier. L'enquête s'est poursuivie par la rencontre de trois ergothérapeutes ayant accompagné au moins une personne trans dans leur parcours (cf Annexes 4 et 5). Ainsi, j'ai pu obtenir un aperçu de la réalité de terrain. Les trois ergothérapeutes exercent dans des services hospitaliers de psychiatrie où elles ont rencontré des personnes trans. Parmi les éléments rapportés figurent en premier lieu de nombreux questionnements au sein des équipes soignantes, sur l'emploi des pronoms par exemple. De plus, la relation au corps des personnes trans est décrite comme difficile, se traduisant par un investissement limité dans les médiations corporelles proposées en ergothérapie. Ces difficultés ne sont pas nécessairement identifiées comme étant en lien avec la transidentité, dans un contexte de troubles du comportement alimentaire notamment, ou ne serait-ce déjà que dans un contexte d'adolescence et des changements corporels que cela implique. Finalement, les trois ergothérapeutes s'accordent à dire que les personnes trans accompagnées font face à des enjeux majeurs en termes de participation occupationnelle. Elles s'interrogent sur la place que prennent les transidentités dans ces difficultés.

4. Techniques et outils de recueil de données empiriques

4.1. Choix de la technique

Pour mener cette recherche, le recueil de données implique le choix d'une technique spécifique telle que l'observation, le questionnaire ou l'entretien. L'entretien est la technique utilisée pour ce travail du fait qu'il permette une collecte de données à la fois riche et rapide, ce qui semble pertinent pour respecter le temps imparti pour ce travail (Chevalier & Meyer, 2018). Il existe plusieurs types d'entretiens : l'entretien directif, semi-directif ou encore biographique. Le type d'entretien retenu pour ce travail est l'entretien semi-directif. Il offre une certaine liberté permettant « une interaction dynamique entre le chercheur et ses

interlocuteurs » tout en assurant un cadre utile pour questionner autour des éléments théoriques identifiés lors du cadre conceptuel (Chevalier & Meyer, 2018). De plus, les digressions permises à la personne enquêtée permettent de découvrir plus aisément de nouveaux éléments pertinents pour le sujet, et particulièrement recherchés en approche inductive.

4.2.Choix de l’outil

Afin de structurer l’entretien, des guides d’entretiens ont été construits. Le guide d’entretien semi-directif est « constitué d’une liste de thèmes et de questions ouvertes, complétée par des reformulations et des questions de relance » (Chevalier & Meyer, 2018) (cf Annexes 8, 9 et 10). La technique de la relance est particulièrement mobilisée afin d’approfondir les questions. La reformulation est davantage utile pour s’assurer d’une juste compréhension des propos énoncés (Blanchet & Gotman, 2006). Toutefois, il s’avère que « la meilleure question n’est pas donnée par la grille : elle est à trouver à partir de ce qui vient d’être dit par l’informateur ». Cela implique durant l’entretien d’être « intensément à l’écoute » de l’autre, facilitant l’introduction dans l’intimité conceptuelle de la personne et mettant véritablement de côté nos « propres opinions et catégories de pensées » (Kaufmann, 2007). Enfin, ces grilles évoluent avec la confrontation avec le terrain enquêté comme l’implique l’approche inductive.

5. Outil d’analyse

Une fois les entretiens menés, ils font « l’objet d’un premier traitement avant de pouvoir être analysées » (Delacroix et al., 2021). Ce premier traitement consiste en une fidèle retranscription de l’entretien. Les données sont ensuite regroupées dans une grille d’analyse (cf Annexes 12, 13 et 14). Cette dernière permet de mener l’analyse verticale, soit l’analyse « intra-entretien » (Delacroix et al., 2021). Elle repose sur l’idée que chaque entretien est singulier et permet de mettre en exergue les apports de chaque individu à cette recherche. De plus, la grille d’analyse permet de mener l’analyse thématique soit une analyse « inter-entretien ». Elle permet d’illustrer les contradictions, les similitudes et les nuances entre les différents entretiens (Delacroix et al., 2021 ; Ghilione & Matalon, 1978). De par l’approche inductive choisie, les données empiriques et théoriques se mêlent dans l’analyse et permettent l’approfondissement du sujet de recherche.

6. Population cible

L'échantillonnage désigne « l'ensemble des décisions sous-jacentes au choix de l'échantillon ». Pour qu'il soit scientifiquement valide, il doit être intentionnel, pertinent par rapport à l'objet et aux questions de la recherche, balisé conceptuellement, accessible et doit répondre aux balises éthiques encadrant la recherche (Savoie-Zajc, 2006). Ainsi, en tenant compte de ces considérations, un échantillon a été défini.

L'échantillon se compose de trois sous-groupes : un groupe de personnes trans, un groupe d'ergothérapeutes et un dernier groupe de membres d'associations communautaires trans. D'après Hamel et al. (2000), en recherche qualitative, « l'échantillon n'est pas seulement affaire de nombre ». L'importance doit aussi être donnée à la représentativité de l'échantillon. En ce sens, pour le groupe des personnes trans, un échantillon non probabiliste a été constitué. Ce dernier consiste à faire appel à des volontaires, tout en mobilisant une liste de « variables de contrôle » assurant « que les principaux groupes sociaux (ou segments de population pertinents par rapport au thème de l'enquête) [soient] bien présents dans l'échantillon » (Firdion, 2012). Les variables de contrôle choisies portent sur le genre (au moins deux genres différents), et l'âge (au moins une personne de chaque catégorie d'âge : 18-25 ; 26-50 ; >50 ans). Les critères d'inclusion et d'exclusion ainsi que les modes de recrutement sont présentés en Annexe 7.

7. Réflexion sur l'objectivité et l'éthique

Selon Bateman (2006), « même cloîtré dans son bureau, à distance de toute observation ou interaction avec son objet d'étude, le chercheur ne peut prétendre s'en extraire ». A ce titre les questions d'objectivité et d'éthique sont interrogées.

Tout d'abord, la « neutralité axiologique » de Weber peut être envisagée comme « une mise à distance de l'objet » (Batman, 2006). Cette dernière se révèle être un véritable critère éthique invitant à « faire abstraction de notre propre morale » (Porz, 2023). Par ailleurs, l'éthique peut être distinguée en deux types: l'éthique normative, cherchant à « concevoir le monde tel qu'il devrait être », et enfin l'éthique descriptive (Drolet & Maclure, 2016). Cette recherche relève davantage de l'éthique descriptive. En effet, « les chercheurs qui font de l'éthique descriptive utilisent des méthodes inductives, habituellement qualitatives, pour collecter les données empiriques leur permettant de décrire ou comprendre des phénomènes », ce qui correspond justement à la méthodologie choisie. Cela implique que ce travail se concentre sur la

description des expériences des ergothérapeutes, sans pour autant « élaborer des prescriptions éthiques » (Drolet & Maclure, 2016).

Il semble d'ailleurs intéressant de souligner que les enjeux éthiques spécifiques à la profession d'ergothérapeute sont encore peu documentés, alors même que les ergothérapeutes y font régulièrement face (Bushby et al., 2015). Au sujet des transidentités, de tels enjeux sont mentionnés par les ergothérapeutes interrogées lors de l'enquête exploratoire. Lié au fait que « les personnes trans troublent, fascinent, déstabilisent », il ressort parfois une « acceptation mais sous conditions » des transidentités, avec notamment des différences d'une équipe soignante à l'autre (Espineira & Thomas, 2022). L'éthique de ces pratiques peut interroger les ergothérapeutes, voyant parfois leurs valeurs professionnelles compromises (Drolet & Maclure, 2016)

En ce qui concerne cette recherche, les considérations éthiques impliquent notamment la demande d'un avis consultatif auprès du Comité de Qualification des Projets de recherche de la Direction de la Recherche Clinique et de l'Innovation (DRCI) du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Rouen. Dans cette dynamique, des formulaires ont été rédigés afin d'informer les participant·es des modalités de l'entretien et du cadre dans lequel se déroule cette recherche. Le consentement, souhaité libre et éclairé, a également été recueilli par ces formulaires (cf Annexe 6). Ce dernier est donc obtenu une première fois par écrit, puis à l'oral en début d'entretien, et enfin autant de fois que jugé nécessaire lors de l'entretien.

De plus, il a également été primordial de veiller à ce que les résultats des entretiens ne permettent pas d'identifier les personnes interrogées ou les associations dans lesquelles elles sont bénévoles. Pour cela, dans l'analyse des entretiens, des noms d'emprunts ont été attribués selon l'ordre alphabétique.

Le temps de transcription des entretiens a été un moment clé afin d'assurer une analyse se voulant la plus objective possible, c'est-à-dire sans « fausser ses données », sans « modifier ses résultats de recherche pour accommoder ses propres idéaux normatifs » comme défendu par Weber (Bowen, 1977). En ce sens, la transcription s'est faite littéralement, c'est-à-dire « mot à mot, avec les interjections, les tics de langage, les fautes de syntaxe et de concordance des temps, ..., les redites, les mots d'argot ..., les mots de liaison ou de ponctuation du discours » (Descamps, 2005). Finalement, l'analyse de ce contenu brut permet de garantir le « principe de fidélité au discours tenu » (Rioufreyt, 2016).

De plus, une attention particulière a été portée aux mots employés dans cet écrit, spécifiquement à l'emploi des « adverbess de phrases marquant le point de vue de l'énonciateur » tels que « à juste titre » ou encore « curieusement ». L'utilisation contrôlée de ces adverbess reflète une volonté de « construire une figure d'auteur correspondant à l'éthos scientifique » (Grossmann, 2018).

L'éthos scientifique implique de « laisser parler les faits », comme suggéré par Latour et Fabbri (1977). Cette posture engage à se présenter comme « désintéressé et modeste ». Un travail de rupture ainsi qu'une déconstruction des prénotions ont alors été menés. Les prénotions constituent en effet de véritables obstacles épistémologiques selon Paugam (2012). Ce travail a alors débuté par une réflexion sur le choix du sujet. Il est ressorti que ce dernier était motivé par « une démarche collective », afin d'initier des réflexions dans la communauté des ergothérapeutes (Grossmann, 2018). Une attention particulière a été portée lors de la lecture des ouvrages scientifiques. Le choix des ouvrages est souhaité varié afin d'assurer une représentation de l'ensemble des données théoriques sur le sujet de recherche.

L'objectivité auquel prétend ce travail implique de faire preuve de prudence ce qui se traduit par l'évitement des « généralisations hâtives » ainsi que par une interrogation sur le « degré de validité de ses résultats » (Grossmann, 2018). Finalement, l'objectivation implique d'accorder un temps d'« analyse critique » de la démarche de recherche, un temps d'identification des limites et des biais de cette enquête, comme présenté dans la partie Discussion (Grossmann, 2018).

La posture d'« auteur scientifique » nécessite de se présenter « comme ayant un projet et un point de vue ». D'apparence contradictoire avec les critères précédemment énoncés, il est pourtant le reflet d'une nécessité de prendre position à partir des données recueillies. Ce point doit respecter les notions précédentes c'est-à-dire se faire sans jamais « porter des jugements ou des évaluations décontextualisés », ce qui serait manquer au principe de prudence scientifique (Grossmann, 2018).

V. Présentation et analyse des résultats

1. Analyse verticale

Des schémas récapitulatifs des quatre premiers entretiens sont disponibles en Annexe 15.

1.1. Entretien avec Achille

La première personne interrogée, Achille, est un jeune homme de 19 ans. A 17 ans, des questionnements sur son identité de genre sont apparus. Il a ainsi entamé des recherches sur Internet à ce sujet ce qui l'a finalement conduit à se retrouver pleinement en tant qu'homme. Il a progressivement affirmé son genre en adoptant un prénom et pronom masculins, ainsi qu'une expression de genre masculine.

Avec son cercle proche, Achille décrit que les « relations n'ont pas bougé ». Toutefois, il précise que les interactions sociales au-delà du cercle proche sont une source de stress importante, lié particulièrement à la peur de ne pas être reconnu comme un homme et que la personne le mégenre. Ces questionnements sont « permanents », bien qu'ils tendent à diminuer avec l'amélioration du passing d'Achille. Achille a été confronté aux propos transphobes d'un professeur à l'université, sans que ces derniers soient dirigés contre lui.

Sur le plan occupationnel, Achille relate à la fois des pertes et des gains. Il a arrêté de participer au club de danse, de karaté et de musique du fait d'une relation difficile à son corps, rendant le regard du groupe difficile à supporter. A la suite de ces arrêts, il a choisi de débiter la musculation seul à son domicile, lui permettant ainsi d'obtenir le corps qu'il souhaite et de l'accepter davantage. Il a ensuite choisi de pratiquer en salle de sport. Cependant, dans ce lieu il se décrit comme étant « toujours dans l'analyse des autres » pour s'assurer que personne ne le remarque, ce qui l'a conduit à arrêter la pratique en salle de sport.

Achille décrit une bonne relation avec le milieu de santé, bien qu'il déplore la complexité des démarches administratives et un manque de cohérence entre professionnel·les, ce qu'il met en lien avec un manque de formation de leur part. Pour compenser cela, il effectue « énormément de recherches », ce qui représente un temps important dans son quotidien. Il affirme pour autant qu'il s'agit d'une « occupation qui est liée à [son] identité, à [sa] vie, à [lui]-même », et non une corvée. Achille explique que prendre un rendez-vous auprès d'un·e professionnel·le de santé, particulièrement lorsqu'il est conduit à montrer son corps (ostéopathe), est difficile.

Le genre du ou de la professionnel·le importe aussi pour Achille qui décrit ne pas parvenir « à se mettre face à un homme ». Ces difficultés et reports de soin sont moindres lorsque les soins sont en lien avec la transition (endocrinologie, chirurgie) car il est profondément motivé par le « besoin d'avancer ».

Achille ne connaît pas l'ergothérapie. Après lui avoir énoncé une brève définition, il perçoit un intérêt d'accompagnement sur les problématiques d'« acceptation de soi », de « gestion du stress » ainsi qu'au « niveau social » pour « des personnes qui se renferment sur elles-mêmes parce qu'elles n'ont pas assez confiance de commencer des relations, parler avec d'autres personnes ». Selon lui, l'accompagnement pourrait se faire « en cabinet, en association pour en parler en groupe » ou bien « en visio ».

La communauté trans prend une place dans la vie d'Achille (participation à la marche des fiertés, drapeau trans étendu dans sa chambre, suivi de comptes de la communauté sur les réseaux sociaux). Il a d'ailleurs fait appel à une association communautaire pour l'accompagner après un coming-out difficile auprès de sa famille. Une rencontre entre ses parents, un membre de l'association et lui-même a eu lieu et a permis d'expliquer ce qu'était la transidentité ainsi que les enjeux d'une transition à ses proches. Cela a permis une meilleure acceptation de la part de ses parents. Achille sollicite aujourd'hui ponctuellement l'association pour des renseignements sur la transition médicale et administrative.

1.2. Entretien avec Barbara

La seconde personne rencontrée est Barbara, une femme de 36 ans. Il y a six ans elle est parvenue à « mettre des mots sur ce mal être » en s'identifiant comme femme. Elle prend alors un « virage à 180 degrés » et passe de « jouer un petit peu la virilité » à être « ultra féminine », en entamant entre autres une prise hormonale. Avant cela, Barbara était en couple avec une femme avec laquelle elle a eu deux enfants. Elle décrit avoir vécu ce parcours de transition « assez sereinement » bien que les moments de coming-out aient été des moments difficiles.

Ses relations sociales ont évolué, en premier lieu « au niveau sentimental » où elle est passée « d'homme hétéro à femme hétéro ». Elle témoigne être plus proche de ses amies et plus complice avec sa fille depuis son coming-out. Parallèlement, elle décrit avoir « perdu quelques relations » du fait de sa transidentité.

En début de transition, elle explique avoir été sujette à des préoccupations majeures sur son

passing la conduisant à « surjouer la féminité ». Ce stress s'est amplifié à la suite des expériences de transphobie vécues au sein du milieu festif et au sein du milieu professionnel « de la part de certains de [ses] employeurs » majorant l'appréhension des moments de coming-out.

Sur le plan occupationnel, Barbara décrit avoir changé de travail en conséquence directe de la transphobie vécue. De plus, elle a arrêté la pratique du football en club majoritairement par manque de temps. Toutefois une reprise n'est pas envisageable pour elle : « reprendre une activité dans un sport collectif en étant pas opérée c'est compliqué ». De nouveau la peur du regard de l'autre figure parmi les freins au maintien des loisirs. L'échange s'est poursuivi autour des gains occupationnels de Barbara. Elle a débuté la pratique de la pole-dance et de la danse africaine en club lui permettant « d'appivoiser sa féminité », améliorant ainsi son rapport à son corps. De même, elle s'est davantage investie dans « le shopping », initialement par contrainte lié au « passing » puis finalement par goût, lui permettant de s'affirmer dans des vêtements lui correspondant davantage. Enfin, elle décrit faire de plus en plus la cuisine pour « se conformer au rôle qu'on peut attendre d'une mère de famille ».

Dans son expérience avec le milieu de la santé, Barbara se dit « plutôt bien accompagnée » bien qu'elle regrette que les professionnel·les « s'arrêtent à l'aspect médical, à l'aspect physique » : « la question de mon bien-être, de comment je vivais ma transition, de ma libido de femme de 30 ans, sur ces questions c'est vrai que je n'avais jamais aucune réponse. »

De plus, Barbara a reçu des propos transphobes d'une psychologue et d'une pharmacienne. Ces deux expériences l'ont « assez minée », d'autant plus qu'au moment des faits elle avait « peu de confiance en elle ». Barbara a également choisi de changer de médecin traitant car elle se sent plus à l'aise avec les professionnelles de santé lors de l'auscultation.

Barbara ne dispose pas d'informations sur l'ergothérapie. Une fois la définition partagée avec elle, elle perçoit un intérêt à la pratique auprès des personnes trans. Selon elle, les « bouleversements sont si importants, à tous les niveaux, au niveau corporel mais aussi au niveau psychique » que cela implique nécessairement « une adaptation dans [le] quotidien », par exemple autour de la pratique professionnelle, des loisirs ou dans le choix des vêtements.

La communauté trans prend « assez peu de place » dans sa vie. Elle s'est toutefois rapprochée d'associations LGBTQIA+ en présentiel à proximité de son domicile et en ligne. Elle rapporte avoir fait face à une « fétichisation des femmes trans » notamment par des sollicitations sexuelles d'hommes cis par messages privés en ligne, ce qui l'a conduit à une certaine

« méfiance » vis-à-vis des hommes. Le milieu associatif lui permet de recevoir et de partager des « conseils d'ordre administratif », ce qui lui confère un nouveau rôle précieux pour elle.

1.3. Entretien avec Chloé

La troisième personne rencontrée est Chloé, une femme de 53 ans. Elle a toujours « voulu être une fille » et l'a affirmé par une expression de genre « féminine » jusqu'à son service militaire. À la suite de cela, elle a mis de côté sa féminité et a fait la rencontre de sa femme avec qui elle a eu trois enfants. A la naissance de leur deuxième enfant, Chloé retrouve une apparence plus féminine. Puis, il y a un an, elle prend la décision d'entamer « son parcours pour devenir vraiment une femme ». Le vécu de ce parcours est douloureux, Chloé raconte avoir été « pendant des années toujours en train entre guillemets de se cacher et de faire double jeu, être un garçon la journée et le soir à la maison être une fille ».

La transition lui a apporté une certaine sérénité, y compris au sein de ses relations sociales : « je suis plus zen, plus cool, avant je m'énervais beaucoup quand j'étais garçon ». Elle marque une rupture entre « avant la transition » et « maintenant », que ce soit avec ses enfants, sa femme ou encore dans ses relations professionnelles. Concernant les interactions sociales, Chloé décrit de nouveau deux expériences bien distinctes. Au début de la transition, un stress important était ressenti conduisant à son isolement et à une appréhension des interactions sociales : « j'avais peur du regard des gens [...] peur de ce qu'ils pouvaient me dire ». Désormais, elle explique que « ça [lui] fait plus rien ». Selon elle, le fait d'avoir pris confiance en elle par l'adoption d'une expression de genre plus féminine (perruques, poitrines en silicone, épilation laser) lui a permis de s'affirmer pleinement en tant que femme, y compris dans ses occupations.

Bien qu'elle participe sensiblement aux mêmes occupations qu'avant l'initiation d'une transition, elle décrit les réaliser différemment. Par exemple, elle mentionne avoir adapté ses vêtements pour le bricolage, en optant désormais pour des vêtements plus féminins. De plus, son hygiène de vie et ses loisirs ont évolué : elle pratique la marche à pied et le « yoga féminin » et porte une attention particulière à son alimentation. Ces éléments contribuent à l'obtention d'un corps perçu comme celui d'une femme par les autres.

Concernant sa relation avec le milieu de la santé, Chloé rapporte une bonne relation tant avec son médecin généraliste, qu'avec sa psychiatre, son endocrinologue, son cardiologue, son esthéticienne, et enfin son orthophoniste. Elle explique avoir pris contact aisément avec ces

personnes, à la suite de la distribution par sa psychiatre d'un papier regroupant tous·tes les potentiel·les professionnel·les dont elle pourrait avoir besoin, ce qu'elle décrit comme facilitant. Cela lui a conféré un rôle d'actrice dans sa transition. Désormais elle vit dans l'« attente » de l'autorisation des médecins pour accéder aux hormones : « c'est très long et puis nous on peut pas décider donc on attend [...] tout dépend de la décision des autres. »

Chloé ne connaît pas l'ergothérapie, après une brève définition de cette dernière, elle pense au cas d'une de ses amies pour qui l'ergothérapie semble selon elle présenter un intérêt. Cette dernière a « peur de parler aux gens, peur de s'ouvrir » et « elle est souvent en garçon quand elle sort ». De plus, elle précise que son amie « a déjà sa famille qui n'accepte pas trop comme elle est ». Selon elle, l'ergothérapeute pourrait accompagner les personnes rencontrant des difficultés dans les interactions sociales, en lien avec leur environnement social.

Chloé ne recherche par le contact d'une communauté trans, et pense qu'« un groupe c'est surtout pour les gens qui ont besoin de se soulager parce que peut-être ils ont du mal à voir les regards des gens et parler avec des gens ». Elle mentionne pour autant la présence d'une amie précédemment évoquée sans qui elle ne sait « pas comment [elle aurait] fait, avoir des gens qui ont quelques contacts et qui savent comment fonctionne le service pour aider les gens sur ce truc de transgenre » est facilitant. Autrement, elle explique avoir « beaucoup appris seule », par exemple en maîtrisant progressivement les techniques de maquillage. Enfin, elle mentionne son tempérament social comme étant facilitateur : « je vais voir des gens, je vais aux magasins, je discute avec les caissières ». Toutefois, une certaine vigilance persiste dans ses interactions sociales, particulièrement sur la façon dont son genre est perçu par les autres : « quand je parle j'essaie d'avoir, même en magasins, une voix un peu plus fine parce que c'est vrai qu'après les gens quand tu parles il y a des « oh il a une voix de garçon c'est bizarre » ».

1.4. Entretien avec Daniel

Les entretiens avec les personnes concernées se clôturent avec Daniel, jeune homme de 18 ans vivant en Belgique. Dès ses 12 ans, il s'est « rendu compte » qu'il était trans, puis s'est finalement « assumé » vers ses 14 ans. Initialement Daniel se questionnait sur son orientation sexuelle, pensant qu'il était lesbienne, il n'avait « pas du tout conscience de ce que c'était un trans ».

Concernant ses relations sociales, Daniel se présente « comme une personne ordinaire [...] avec un petit truc en plus ». Il explique s'être rapproché de certaines personnes, lorsque

d'autres se sont éloignées de lui suite à son coming-out. Particulièrement au début de sa transition, Daniel vivait des questionnements incessants : « Est-ce que ça va se voir ? Est-ce qu'il va me dire quelque chose de mal ? Est-ce qu'il va me demander si je suis une fille ou un garçon ? Est-ce qu'il va dire quelque chose sur ma voix ? ». Ces questions sont en lien avec les expériences de transphobie ayant marquées Daniel. A titre d'exemple, lors d'une balade, « trois personnes sont venues [...] demandant, sans aucune gêne, si [il était] une fille ou un garçon ». Devant l'absence de réponse de Daniel, ces dernières l'ont poussé. De même, dans l'espace public, Daniel a été suivi par une personne de sa classe « qui a, sans gêne, touché le haut de [son] corps pour savoir vraiment s'il y avait quelque chose ».

Sur le plan occupationnel, Daniel a changé d'établissement scolaire et rapporte « avoir eu la chance » que le nouvel établissement accepte de le pronommer et prénommer comme souhaité. De plus, il explique que l'école a bien « voulu garder un secret » : « c'est qu'entre les profs et moi », « les élèves ne sont pas du tout au courant » (de sa transidentité). « Même en s'assurant », il sait qu'il s'expose à la transphobie. Ses expériences de transphobie ont « très clairement » impacté ses interactions sociales et sa « confiance en [lui] ». Dans le milieu professionnel, il est également arrivé que Daniel soit volontairement mégenré en public. Dans sa sphère familiale, sa transidentité est désormais acceptée bien qu'il a « fallu un petit temps parce que tout ne peut pas se faire comme ça ». Daniel précise au cours de l'entretien que les éléments qu'il apporte aujourd'hui sont en partie ceux lui ayant été racontés par sa famille, puisque lui décrit un « black-out » de son début de transition. Selon lui, son « cerveau a préféré oublier cette partie-là ».

De plus, Daniel raconte avoir eu de nombreuses « crises de dysphorie » qu'il explique comme étant des moments de profonde remise en question : « Mais pourquoi je suis née en femme ? Pourquoi j'ai des seins ? Pourquoi ? Enfin juste, pourquoi ? ». Une détresse importante, une confiance en soi altérée, un isolement et des pratiques autodestructrices (scarifications) étaient les principales conséquences des crises de dysphorie de Daniel.

Tous les éléments jusqu'ici rapportés l'ont conduit à arrêter la natation, occupation à laquelle il était pourtant attaché. Le regard des autres sur son corps et le fait de fréquenter les vestiaires des femmes lui procuraient « une sensation de mal-être ». Il en a été de même pour les « sessions de sport à l'école », où il essayait d'avoir « des mots d'excuse » pour ne plus s'y rendre. Il préférait « [s']ennuyer plutôt que d'assumer qui [il était] ».

Durant son parcours, Daniel a rencontré des psychologues et psychiatres pour entamer des démarches administratives en lien avec sa transition de genre. De plus, il est accompagné pour

des troubles de la santé mentale et particulièrement un trouble de la personnalité borderline récemment diagnostiqué. Lors d'un entretien, sa transidentité a été remise en question, sans que ce soit mis en lien avec le trouble de la personnalité de Daniel. Cela l'a pourtant dans un premier temps questionné : « Dans mon cerveau, ça a un peu fait... Boum ! Tiens, je suis borderline. Est-ce que ce n'est pas à cause de ça ? ».

Daniel m'explique « choisir » ses médecins, en insistant sur l'importance de prendre ce temps pour éviter les professionnel·les transphobes. Pour cela, il se renseigne sur les réseaux sociaux essentiellement ou en interrogeant des médecins qu'il connaît déjà. Malgré cela Daniel décrit des problématiques d'accès à un suivi gynécologique.

Daniel n'a qu'une très vague connaissance de l'ergothérapie, toutefois, il pense que cela peut « être bénéfique » pour « rassurer » les personnes, les accompagner dans les difficultés rencontrées dans les loisirs (activités sportives). Selon lui, cet accompagnement peut trouver sa place sur demande des associations ou alors en cabinet libéral.

L'entretien s'est conclu par la place que prenait la communauté trans pour lui. Il explique que « ça prend limite la moitié de [sa] vie », et que ça le conduit à avoir « plus confiance aux personnes qui sont LGBT qu'aux personnes cis », et finalement à avoir « peur de discuter avec d'autres personnes ». L'échange entre pair·es a une grande importance pour Daniel qui cherche à se sentir « compris », ne serait-ce que dans le vocabulaire qu'il emploie. C'est aussi un des seuls endroits où il n'a pas à se cacher. Dès ses premiers questionnements, Daniel s'est en effet tourné vers les associations en se rendant à une permanence associative. Au début, il doutait de l'aide que pourrait apporter l'association et avait « peur qu'on [le] juge alors que c'était une association faite pour ça ». Finalement cela lui a apporté beaucoup de connaissances, lui a permis d'améliorer sa confiance en lui et lui a appris « à mieux s'amener ». Cette même association a également joué un rôle important dans la compréhension des transidentités par sa grand-mère.

Pour donner suite à ces quatre premiers entretiens, il a semblé intéressant de faire le lien entre les difficultés dans les interactions sociales et les ruptures occupationnelles qu'elles impliquent, et la pratique des ergothérapeutes auprès de cette population.

1.5. Entretien avec Emile, ergothérapeute en France

Ce cinquième entretien se déroule avec Emile, ergothérapeute. Depuis qu'il est ergothérapeute diplômé d'Etat, il occupe un poste en service de pédopsychiatrie et de psychiatrie adulte, en

France. Emile a, entre autres, suivi un master en soin éthique et santé dont le mémoire portait sur l'accompagnement des adolescent·es trans.

Le public qu'il rencontre dans son exercice est varié : « préadolescents, adolescents et adultes avec un Trouble du Comportement Alimentaire, souffrant de dépression, de phobies, de troubles psychotiques naissants, ou stabilisés depuis quelques temps, troubles de l'humeur aussi et nombreux passages à l'acte ». La majorité des patient·es trans qu'il accompagne sont parmi le public jeune, dès 10-12 ans. Ce public souffre d'ailleurs particulièrement de « syndrome anxio-dépressif parfois camouflé et d'attaque du corps aussi, avec essentiellement des scarifications ».

Les positions sur la considération de la transidentité diffèrent selon les équipes avec lesquelles travaille Emile. Le plus souvent, la transidentité n'est pas perçue « comme un trouble », mais est « considér[ée] par rapport à l'histoire du sujet ».

Le motif d'adressage principal en ergothérapie est à but « évaluatif », « pour essayer de le ou la connaître, d'avoir des éléments, d'identifier la structure psychique sous-jacente ».

Les personnes trans rapportent spontanément peu de plaintes occupationnelles et se montrent finalement « assez hermétiques dans les échanges ». Il évoque parfois de leur part « une crainte de l'adulte » et « de la transphobie », menant au « repli sur soi » voire à un « mutisme ». Il souligne par cet exemple la présence de difficultés dans les interactions sociales au sein même du milieu hospitalier, illustrées par la pauvreté des échanges avec les soignant·es. De son côté, Emile ressent une « crainte de pas savoir ou de faire mal, de mal nommer la personne, de mal faire, finalement sans le vouloir avoir un geste ou une parole transphobe », rendant la mise en place de l'alliance thérapeutique délicate. Selon lui, avec ce public, « le contact est peut-être un peu moins fluide ». Il y a là un élément nouveau jusqu'alors peu abordé : le « manque d'information » sur le sujet des transidentités. Celui-ci est décrit comme impactant la mise en place de la relation thérapeutique.

Finalement, lorsque les échanges entre l'ergothérapeute et la personne sont possibles, c'est « l'aspect social avec les pair·es » qui est rapporté comme étant source de « souffrance pour la personne ». Les interactions difficiles se retrouvent avec les pair·es présent·es à l'hôpital et à l'école. Emile observe en effet que ces jeunes sont généralement « un petit peu en marge » du groupe. Il précise que leur transition sociale est parfois amorcée « mais pas toujours dans tous les cercles sociaux ».

Emile peut aborder le sujet de la transidentité par les vêtements de la personne qui se révèlent

être un « support identitaire » (notamment des bracelets ou baskets aux couleurs du drapeau la communauté LGBTQIA+).

Il porte une attention particulière à la « question des implications, des émotions et des images qui peuvent être rattachées au féminin et au masculin, et pourquoi ». Il veille également à « laisser une marge de possible », laisser la personne « s'essayer trans », explorer son genre et ne pas fixer cela. Du fait de cette « expérimentation », Emile n'établit pas d'accompagnement spécifique autour de la transition

La mise en situation est un des outils mobilisés par Emile, principalement comme « moyen pour évaluer sur ce qui se passe à l'extérieur (de l'hôpital) », évaluer « si la personne se sent prête à affronter le regard des autres » et ainsi préparer le retour à l'école ou la possibilité de mettre en place des réunions « famille ». Les mises en situation peuvent se faire dans des supermarchés, dans les transports ou encore dans les lieux culturels.

Pour travailler spécifiquement les difficultés sociales, Emile utilise la modalité groupale. Il privilégie des groupes variés « avec adolescents, adultes : jeunes adultes voire adultes vieillissants » permettant à la fois un « enrichissement » et un « supports de projection aussi pour les patient·es trans », lié à l'approche psychodynamique adopté par Emile.

Face à un cas clinique complexe, l'équipe du service hospitalier s'est « posée la question de faire appel à des collègues soignants qui auraient pu sensibiliser à la question trans » ou à « des associations LGBT trans pour [leur] apporter un éclairage associatif ». Finalement, il n'y a pas eu de prise de contact avec le milieu associatif : « c'est une démarche contre intuitive [...] pour les soignants de demander de l'aide à un milieu associatif », et ce, d'autant plus s'il s'agit d'une association communautaire. Pour autant, Emile mentionne que « de nombreuses associations ont le droit d'intervenir à l'hôpital » comme prévu par la loi du 4 mars 2002, relative aux droits des malades.

L'appartenance à la communauté « est un élément identitaire qui est très mis en avant » par les personnes qu'Emile accompagne, par les vêtements ou la participation à des groupes d'échanges sur les réseaux sociaux. Pour autant, l'approche communautaire bien que connue n'est pas une approche adoptée par Emile. Cette approche auprès du public adolescent le rend « un peu plus mitigé [...] toujours avec cette idée de pas forcément figer quelque chose ». Pour autant, l'intérêt de l'approche auprès des adultes lui semble envisageable. Il mentionne les bénéfices apportés par les groupes de pair·es : « le fait d'avoir un vécu commun, de pouvoir échanger à partir d'une expérience tout en pouvant se différencier avec son vécu individuel de la transidentité ». Pour Emile, des questionnements demeurent sur l'intégration

d'une telle approche en ergothérapie, et sur la plus-value de l'ergothérapeute dans ce contexte. Enfin, pour Emile, imaginer l'ergothérapeute intervenir en association communautaire présente une limite notable : « ramener du soin à l'intérieur des associations constituées des personnes LGBTQIA + c'est ramener la question qu'ils ont besoin de soin donc ça peut être mal perçu par la communauté ».

1.6. Entretien avec Félix, ergothérapeute au Québec

Ce sixième entretien se déroule avec Félix, ergothérapeute en clinique externe de psychiatrie (hôpital de jour) ainsi qu'au sein d'une équipe spécialisée en troubles de la personnalité. Il a été gradué d'ergothérapie en 2020 après cinq ans d'études en ergothérapie à Montréal.

La population que rencontre Félix est une « clientèle générale en psychiatrie », entre 18 et 65 ans avec « tous diagnostics confondus » dont une partie concernée par les troubles de la personnalité. Au sein de cette population Félix rencontre la majorité des personnes trans de sa clientèle. Il précise que la communauté LGBTQIA+ est importante dans le territoire de Montréal, ce qui s'illustre par la moitié de sa clientèle se considérant comme « queer ¹⁰».

Les motifs pour lesquels Félix rencontre les personnes en ergothérapie sont variés. Le mandat évoqué le plus souvent reste le retour au travail / à une occupation / à des études.

Félix explique ne pas nécessairement constater de difficultés occupationnelles chez les personnes trans qu'il accompagne. Il constate plutôt des difficultés « systémiques ». Il cite premièrement l'accès au système, qui est d'autant plus compliqué lorsque les prénoms et pronoms ne sont pas à jour dans les dossiers médicaux. Puis, il évoque « la reconnaissance de leur identité de genre à travers leurs différentes occupations » comme une difficulté fréquente, notamment dans le milieu professionnel.

Au sujet de la relation thérapeutique, Félix témoigne que le fait d'être jeune et de faire partie de la communauté LGBTQIA+, sans pour autant « vivre la réalité trans », est facilitant et le rend plus sensibilisé à ces enjeux. L'obstacle majeur pour lui réside dans l'aspect administratif (prénoms et pronoms pas actualisés dans les dossiers conduisant au mégenrage).

Il n'apparaît pas pour Félix une spécificité particulière dans l'accompagnement des personnes trans, c'est « le même accompagnement que pour les autres patients [...] à moins que ce soit quelque chose d'important ou que la personne juge comme étant problématique et faisant

¹⁰ Ancienne insulte réappropriée par les personnes se revendiquant en dehors des normes hétéro-cis.

partie de ses problématiques occupationnelles. ».

Toutefois, Félix considère « qu'affirmer son genre est une occupation en soi ». Pour accompagner l'affirmation de soi, Félix passe souvent par « l'advocacy ». Cela consiste en un accompagnement de la personne trans jusqu'à ce qu'elle soit capable de défendre ses droits, d'être acceptée, que ses pronoms soient utilisés au travail, qu'elle puisse s'habiller comme souhaité. Il s'agit pour lui « d'outiller la personne à incarner ce rôle d'advocacy » et à le « mettre en pratique dans la communauté ».

De plus, pour entraîner aux interactions sociales, Félix utilise la mise en situation en individuel. Cette dernière s'accompagne en amont d'un enseignement de « certaines compétences » et « façons de faire » (advocacy). Ensuite, il mobilise « des choses qui leur sont arrivées dans leur semaine des situations fictives ou bien [ils font] des scénarios hypothétiques où [ils jouent] chacun un rôle ».

Emile collabore avec le milieu communautaire, ce qui se traduit par « des rencontres » au sein du service hospitalier où les objectifs sont discutés avec la personne, puis les rôles pour atteindre ces objectifs sont répartis entre le milieu communautaire et le service. De plus, les membres de l'association peuvent « jouer entre autres ce rôle-là d'advocacy [...] dans le cadre du suivi médical ». Finalement, les membres de la communauté sont invité·es aux réunions « comme si on invitait sa famille », la communauté faisant véritablement partie de l'environnement social de la personne.

Félix déplore un manque important de formation sur l'accompagnement des personnes trans dans les études en ergothérapie. Le sujet de la communauté LGTBQIA+ a pu être abordé durant son cursus pour évoquer « des aînés gays et lesbiennes ». Pour autant, il constate « des habitudes de vie, des façons de faire, des codes, des cultures » propres à la communauté ». Les ergothérapeutes auraient un rôle dans l'exploration « de ses différences ».

Félix constate que plus les personnes sont entourées et soutenues par leur communauté, mieux elles semblent vivre et investir leurs occupations. De ce fait, pour certaines personnes, la communauté prend une place majeure et devient un élément ressource. La place de la communauté pourrait être davantage exploitée en ergothérapie « dans tous les milieux » selon lui. Ainsi l'approche communautaire en ergothérapie lui apparaît comme naturelle, bien qu'il n'ait pas connaissance de cette appellation. Il souligne la dimension « sociale » de l'approche : « la personne s'actualise dans ses occupations dans un contexte qui est social ». L'environnement social représente un « levier d'intervention ». Enfin, il a été abordé la place de l'ergothérapeute dans la communauté. L'ergothérapeute ne semble pas intervenir

directement dans les associations, mais plutôt à leurs côtés, en rencontrant la personne dans ses lieux de vie : de la rue à la maison, au lieu de travail, au parc.

1.7. Entretien avec Gaëlle, ergothérapeute en Suisse

Le dernier entretien avec les ergothérapeutes est réalisé auprès de Gaëlle, ergothérapeute exerçant en Suisse dans deux hôpitaux de jour en psychiatrie adulte. Elle a été diplômée d'un institut de formation en ergothérapie français en 2020.

Les troubles rencontrés par le public sont majoritairement des troubles anxio-dépressifs, des troubles de personnalité, des troubles bipolaires et des troubles psychotiques. Gaëlle accompagne entre 4 à 6 personnes trans en ce moment, qui sont à des étapes variées de leur parcours de transition de genre, et sont majoritairement de jeunes adultes dans la vingtaine. Les problématiques de santé mentale auxquelles elles font face sont des troubles anxieux et dépressifs « en lien avec la sphère familiale » essentiellement.

Les objectifs travaillés en ergothérapie peuvent ainsi être « de retrouver confiance, de prendre du plaisir à faire les choses, de savoir justement gérer ses émotions aussi ». Gaëlle propose ponctuellement un travail autour de « la communication, la socialisation ».

Elle explique que les personnes trans rapportent des difficultés pour « aller vers les autres, pour sociabiliser, c'est-à-dire d'être accompagné, d'avoir un cercle ». Il arrive que certain-es patient-es aient recouru au milieu associatif, et « à partir de ce moment-là, c'est plutôt simple » puisqu' « ils peuvent se créer un réseau là-bas donc au niveau socialisation c'est plus facile ». D'autres personnes sont plutôt en demande de « rencontrer des psychiatres, des professionnels [...] formés face à la transidentité ».

En matière d'impacts occupationnels, Gaëlle décrit un retentissement majeur « toujours [sur] les liens », en précisant une potentielle « perte d'appartenance à un groupe, ou un sentiment d'appartenance à un autre ». Gaëlle explique que le coming-out est une préoccupation fréquente. Elle soulève également que l'isolement social est souvent rencontré pour ce public, ce qu'elle met en lien avec les difficultés rencontrées dans la cellule familiale. Une peur du regard de l'autre est également décrite. En ce sens, un patient a fait la demande à Gaëlle de coudre une prothèse reproduisant un pénis en tissu.

Sur l'instauration de l'alliance thérapeutique, Gaëlle explique accueillir ces patient-es sans « y faire attention dans un premier temps ». Elle précise l'importance que le sujet reste « de l'ordre du classique » pour ne pas renforcer la différence. Elle rapporte un élément limitant l'instauration de l'alliance thérapeutique : le sentiment de manquer de « compétences » sur

l'accompagnement de ce public : « on se sent [...] mal finalement, de ne pas tellement savoir comment orienter la personne, [...] comment l'accompagner au mieux. [...] selon l'ouverture d'esprit du personnel, on n'a pas accès aux mêmes choses. »

Ce constat est particulièrement marqué auprès des patient·es présentant un trouble de la personnalité borderline, ce qui interroge Gaëlle puisque « ce trouble borderline là, c'est vraiment, les personnes ne savent pas qui elles sont ». Cela conduit à de nombreuses interrogations au sein des équipes, allant parfois jusqu'à les « cliver », par exemple autour des questions administratives (prénom à utiliser dans les transmissions par exemple). Pour autant, en matière de formation, Gaëlle a bénéficié au sein du service d'une heure de formation autour des transidentités, dispensée par une infirmière ayant réalisé un master sur le sujet. Malgré cela, des questions persistent sur « ce qui relève de notre rôle en tant que soignant ». Elle pense que le milieu associatif ainsi que les médecins, psychiatres, infirmier·ères, ou ergothérapeutes ayant les compétences pour, pourraient proposer des formations au personnel. Finalement, Gaëlle explique ne pas mener d'accompagnement spécifique aux transidentités mais plutôt inviter au « questionnement sur soi ». Pour cela, elle utilise des « mindmaps sous forme créative, où les personnes mettent des grands sujets de qui ils sont, ce qu'ils aiment, ce qui est important pour eux ». Autrement, elle propose des ateliers autour de questions d'actualité, mettant en jeu les capacités à interagir au sein du groupe. De manière générale, Gaëlle privilégie la modalité groupale pour observer l'individu au sein du groupe et travailler le fait « d'assumer la personne qu'on est et de se présenter », « d'interagir avec les autres sans avoir peur de leur jugement ». Pour Gaëlle, il s'agit d'un milieu propice à ce travail pour les personnes trans puisque « le thérapeute est là pour garantir le cadre », les personnes peuvent se sentir « protég[ées] justement de personnes qui pourraient être transphobes ».

De plus, Gaëlle mobilise des moyens créatifs tels que la peinture, l'argile, la menuiserie ou le collage. Il est de nombreuses fois retrouvé le drapeau arc-en-ciel de la communauté LGBTQIA+, sans pour autant que cela soit un élément de revendication mis en avant.

Les mises en situation sont peu utilisées par Gaëlle, bien qu'il lui arrive d'en faire en cuisine pour évaluer les fonctions cognitives. Elle fait face à des contraintes institutionnelles rendant les mises en situation à l'extérieur compliquées. Toutefois, elle perçoit un intérêt en ces dernières en tant que moyen de rééducation aux interactions sociales. Elle imagine par exemple la possibilité d'accompagner vers les associations, à l'extérieur, ou de proposer des balades ou des sorties courses.

Enfin, la place de la communauté trans dans la vie des personnes a été abordée. Cette dernière est particulièrement visible « dans le cadre peut-être de rencontres via des réseaux sociaux », parfois en lien avec des associations en ligne. Selon Gaëlle, la place que pourrait occuper la communauté trans dans le soin serait par la formation destinée aux équipes. Elle précise que la présence de la communauté sur les lieux de soin n'est pas souhaitée : ce sont « des patients qui justement en psychiatrie sont aussi d'une certaine fragilité [...] le lieu de soin, je pense que c'est un lieu de protection aussi vis-à-vis de ça. »

Elle conclut sur l'idée de développer « un lien avec la communauté, avec les soignants, mais à l'extérieur ». Ce sujet a conduit à évoquer la « psychiatrie communautaire » développée dans son pôle de psychiatrie témoignant pour elle d'une envie d'« aller vers plus d'activités autour du quotidien ». Finalement, elle explique que vis-à-vis des contraintes institutionnelles, elle met peu en pratique cette approche bien qu'elle y trouve un intérêt. Elle précise que l'approche communautaire éloigne de la psychiatrie, et se rapproche finalement d'« une autre ergothérapie ». Elle imagine plutôt cette pratique « dans des associations ou auprès d'un cabinet avec [...] une assistante sociale ».

A ce jour, Gaëlle n'a pas eu l'occasion de collaborer avec une association communautaire trans. Pour autant, elle rapporte que le service a pour habitude de se tourner vers les associations pour les problématiques sociales des patient-es (distributions alimentaires).

Les trois ergothérapeutes ont pu apporter de nouveaux éléments à ce travail, qui ont ensuite été repris dans les entretiens avec les associations.

1.8. Entretien avec Hazel et Ilyès, de l'association n°1

Hazel et Ilyès sont deux cofondateur·ices de l'association 1, qui est une association loi 1901 à fonctionnement collégial, créée en septembre 2022. Il s'agit d'une « association communautaire par et pour les personnes queer et les personnes handi (capées) » dont l'objectif principal est de « rendre la promotion santé plus inclusive », en intervenant autour de trois thématiques : la sexualité, la consommation de drogues et la santé mentale. Pour cela les actions menées sont des stands de réduction des risques en milieu festif, des groupes de paroles sur des thématiques variées, des séances individuelles de pair-aidance, ainsi que des interventions sur demande, par exemple en milieu universitaire. L'association a également mis en place « un dispositif avec des psychologues et un psychothérapeute » ainsi qu'« une assistante sociale et une art-thérapeute qui permet d'avoir 4 séances à prix libre ». Des

formations à l' « accueil des personnes LGBTQIA+ avec un focus sur les personnes trans non binaires et en questionnement », à destination principalement des professionnel·les du médico-social sont également proposées. Les participant·es à cette formation ont ensuite le choix entre « payer » ou « rentrer dans le partenariat », c'est-à-dire intégrer le dispositif.

Toutes ces actions, à l'exception de celles en milieu festif, sont conduites en distanciel afin d'assurer l'accès pour « les personnes vivant en zone rurale » et également pour des questions d'« accessibilité PMR ». L'association a choisi de s'adresser « autant aux professionnel·les qu'aux bénéficiaires ». Toutefois les personnes membres de l'association sont, sauf une personne, des personnes concernées (handi et/ou queer). C'est l'idée du « par et pour » qu'Hazel mentionne dans l'aspect « communautaire » de l'association. L'association accueille essentiellement un public entre 16 et 35 ans, ayant découvert l'association par les interventions en milieu festif ou les réseaux sociaux.

De leurs expériences, la communauté trans fait face à une « difficulté d'accès à l'information » ainsi qu'une « difficulté d'accès aux soins » par « manque de formation des professionnel·les » menant alors à un « mauvais accueil voire [un] accueil transphobe ». Le manque de visibilité des « parcours non conventionnels » est mentionné comme obstacle en ce sens, ne serait-ce que pour faire son « coming-in ¹¹ ». Pour surmonter ces obstacles, Ilyès et Hazel listent trois axes : « la formation des professionnel·les, la visibilité » et « l'expertise des personnes concernées [...] autant sur la visibilité que la formation ».

A ce jour, l'association ne réalise pas de formation destinée aux étudiant·es, sauf sur demande individuelle. Toutefois, le fait de former des professionnel·les de santé permet d'offrir de la visibilité sur les lieux de soins où se rendent les étudiant·es en santé : une assistance sociale formée a voulu « visibiliser le fait qu'elle était formée avec des petits drapeaux des petits badges pour montrer aux patients patientes que c'était le cas et tous les internes étaient hyper contents de ça et voulaient également cette formation-là ». L'association estime que des interventions directement dans les services hospitaliers sont à envisager. Le profil des personnes intéressées par ces formations semble être « des [professionnels] qui justement ne voulaient pas être maltraitants et qui ne sont pas forcément concernées mais qui veulent bien faire ».

¹¹ Fait de prendre conscience de sa propre transidentité.

Hazel et Ilyès connaissent peu l'ergothérapie. Après une définition de l'ergothérapie, cette dernière présenterait un intérêt dans l'accompagnement des personnes trans. Dans leur discours, l'importance est donnée à ce « que les gens puissent la solution qui leur convient le mieux ». Ilyès explique que certaines thématiques semblent pouvoir être abordées à la fois en ergothérapie et par la pair-aidance. Ce constat amène à se questionner sur la plus-value de l'ergothérapie dans ce contexte. Ilyès considère que les techniques utilisées et l'approche seront différentes en ergothérapie et avec un·e pair·e. L'ergothérapeute est reconnu·e comme professionnel·le de santé et de ce fait peut jouer un rôle auprès des parents de mineur·es trans, qui est un public pouvant être rassuré par « la légitimité du corps médico-social ».

L'aspect « communautaire » de la santé est un concept faisant sens dans l'association, se reflétant par l'importance d'« intégrer les personnes au processus de réflexion ». Mettre l'individu concerné au cœur de l'accompagnement revient « partir des besoins de la personne, toujours questionner et pas présupposer ».

Durant l'entretien, un questionnement a été soulevé : Comment se positionner en tant que professionnel·le cisgenre, dans l'intervention auprès de la communauté trans ? Ilyès explique que lorsque les personnes cherchent des professionnel·les, le plus souvent ce ne sont pas des « personnes concernées » qu'elles cherchent « mais des personnes formées ». De plus, il explique que les mises en situation (évoqué à la demande d'Ilyès sur le moyen étudié dans l'étude) sont des exercices pouvant être confrontants : « c'est la force de pas être concerné·e ça va être plus facile de faire ce genre d'exercice ».

En ce qui concerne les difficultés dans les interactions sociales, il semblerait que « les personnes trans de plus de 50 ans » sont particulièrement concernées bien que « toutes les personnes trans ont cette problématique ». Ce constat, selon Hazel et Ilyès, pourrait s'expliquer par « potentiellement une transition tardive », un entourage moins soutenant ou un « manque de connaissances de ce qui existe en termes d'accompagnements ». L'utilisation moins fréquente des réseaux sociaux par cette population est aussi une piste pouvant expliquer ce phénomène. De même, dans « les milieux trans communautaires il y a beaucoup de groupes qui font du lien social, qui se rencontrent, mais qui sont jeunes », ce qui peut limiter l'intégration de ces personnes. Enfin, Ilyès mentionne les personnes « handis sous tutelle curatelle et en institution » qui semblent elles-aussi particulièrement faire face à des difficultés d'accès à la communauté trans, et au parcours de transition.

1.9. Entretien avec Jules et Kylian, de l'association n°2

Jules et Kylian sont membres de l'association n°2 qu'ils présentent comme une « association nationale principalement basée en France » dont l'intitulé officiel est « association de défense des droits et d'aide notamment à la transition des personnes trans ». Il s'agit d'une « association de pair·es, de concerné·es ». Le fonctionnement de l'association est virtuel, ce qui se traduit par une absence de locaux physiques afin de « toucher des publics isolés parce que handi, parce qu'isolé·es géographiquement, parce que sont dans un environnement qui n'est pas soutenant ou qui sont juste timides ». Ainsi les actions prennent place sur un serveur Discord, est une plateforme de communication en ligne fonctionnant sur le principe de serveurs (groupes de discussion). Le serveur de l'association compte environ 3 000 membres dont 200 membres votant·es lors des assemblées générales. Jules fait partie des membres votant·es, il est élu au bureau de l'association. Kylian est lui un membre actif de l'association. L'association est fréquentée par « des personnes plutôt jeunes », en 2022, « la moyenne d'âge était à 24 ans et la médiane à 22 ans ». La majorité des personnes sont « en début de démarche de transition ». Il y a également une cinquantaine de proches de personnes concernées (enfant, partenaire). Les personnes découvrent généralement le serveur par les réseaux sociaux, ou encore « parce que leur médecin ou professionnel·e du paramédical ou du milieu social de manière générale les a orienté·es vers nous ».

La principale activité décrite est la « pair-aidance » : « beaucoup d'aide à la transition, de réponses aux questions ». Les questions posées sont redondantes, il y a en effet « des personnes qui font pas l'effort de chercher ». Toutefois, une partie d'entre elles n'en ont pas l'énergie, ou « ont besoin de contact humain ». Rendre les ressources et informations disponibles ne semble pas suffisant pour répondre aux besoins de la communauté.

Selon Jules, « il y a un aspect communautaire assez marqué » dans l'association, qui se retrouve dans les espaces de discussion, particulièrement ceux réservés aux « loisirs ».

La seconde activité développée correspond à « une carte des praticiens·praticiennes médicales et paramédicales », se basant sur les « retours d'expériences directes de personnes trans ». Cette carte recense plus de « 3 000 personnes et environ 500 qui sont en prudence recommandé » soit des personnes avec qui « des retours de transphobie » ont été signalés. De plus l'association propose des « formations à destination des médecins et professionnel·les du social, paramédical », à la demande des intéressé·es. Des interventions en formation initiale de médecine, ou encore dans un service hospitalier de pédopsychiatrie sont mises en place. Jules décrit un « un énorme manque d'informations » des professionnel·les qu'il met en

lien avec « les violences médicales », en précisant que « la cause c'est toujours les personnes qui font ces violences médicales mais par contre c'est (la formation) un moyen pour les prévenir ». Il existe particulièrement un besoin d'accompagnement psychologique auquel l'association ne peut pas répondre. En effet, il est rapporté que le manque de formation et les contraintes financières limitent l'accès aux soins. Les mêmes problématiques sont développées pour les besoins d'assistant·es sociaux·ales.

Jules a une connaissance assez « théorique » de l'ergothérapie. Kylian en a une connaissance précise de par sa situation de handicap personnel. La transidentité est « rarement pris[e] en compte » par les ergothérapeutes l'accompagnant sauf qu'il n'est pas pensable de « découper la personne en morceaux et s'occuper d'un morceau en oubliant le reste ».

De plus, Kylian rapporte le cas d'une « personne autiste et trans à qui a on a proposé en ergothérapie de travailler les difficultés dans les interactions sociales identifiées comme lié au Trouble du Spectre Autistique (TSA). Toutefois, la transidentité de la personne a également « un gros impact sur ses interactions ». Selon lui, il existe des éléments qui ne sont pas « forcément pensés comme en lien avec la transidentité mais qui vont pouvoir avoir un lien ». A ce sujet, Kylian pense aux difficultés de positionnement : les « personnes encore très dysphoriques » peuvent rencontrer des « problématiques de dissociation et de déréalisation » les conduisant à « rester dans des positions ultra douloureuses » et à « prêter assez peu voire très peu attention à leur corps ». Des positions peuvent aussi être adoptées, inconsciemment ou non, pour cacher la poitrine par exemple.

Jules explique par ailleurs qu'il y a « une surreprésentation de personnes handicapées chez les personnes trans », et notamment de personnes avec un TSA. Il appuie ce propos par une étude américaine de Madeline Smith-Johnson (2022). Du fait du handicap, ou « dès qu'il y a d'autres choses dans le dossier », il est fréquent que les personnes « se privent de soin », ou « préfèrent taire les problèmes médicaux » par « peur qu'on leur refuse la transition ».

De son expérience, Kylian explique que le manque de formation des ergothérapeutes rend compliqué la mise en place d'« une relation de confiance ». Il précise avec ironie que se laver n'est « pas quelque chose en lien avec [sa] transidentité », pourtant être sensibilisé·e à la transidentité favorise un climat de confiance lors de l'accompagnement à la toilette. De même, Kylian mentionne l'importance de savoir « si la personne fait pipi assis ou debout » et ainsi pouvoir adapter l'activité en se basant sur les habitudes de vie, ce qui ressort comme essentiel en ergothérapie.

Pour clôturer l'entretien, la place de la communauté dans le soin est abordée. Selon eux, elle doit permettre d'améliorer la visibilité des parcours trans, dans toute leur diversité, afin de ne plus se sentir « traité·e comme un alien si on se présente à eux (les professionnel·les de santé) » et « que ça éclipse tout le reste des situations et [...] ce pour quoi on est venu·es ».

2. Analyse thématique

2.1. Facteurs de stress et impacts occupationnels

L'analyse thématique est développée au travers du modèle du stress minoritaire de Meyer (2003)(cf Annexe 16). Pour rappel, ce modèle suggère que « les préjugés et la stigmatisation dirigés contre les personnes LGBT entraînent des facteurs de stress » et que ces derniers « entraînent des effets néfastes sur la santé, y compris des troubles mentaux et physiques » (Meyer et Frost, 2013). Initialement pensé pour les minorités sexuelles, le modèle s'applique également aux minorités de genre (Meyer, 2015). Une adaptation du modèle a été proposée par Testa et al. (2015) afin d'offrir une meilleure représentativité des enjeux vécus par les personnes trans, en ajoutant que le fait que l'identité de genre d'une personne ne soit pas affirmée par les autres représente un facteur de stress (cf Annexe 17).

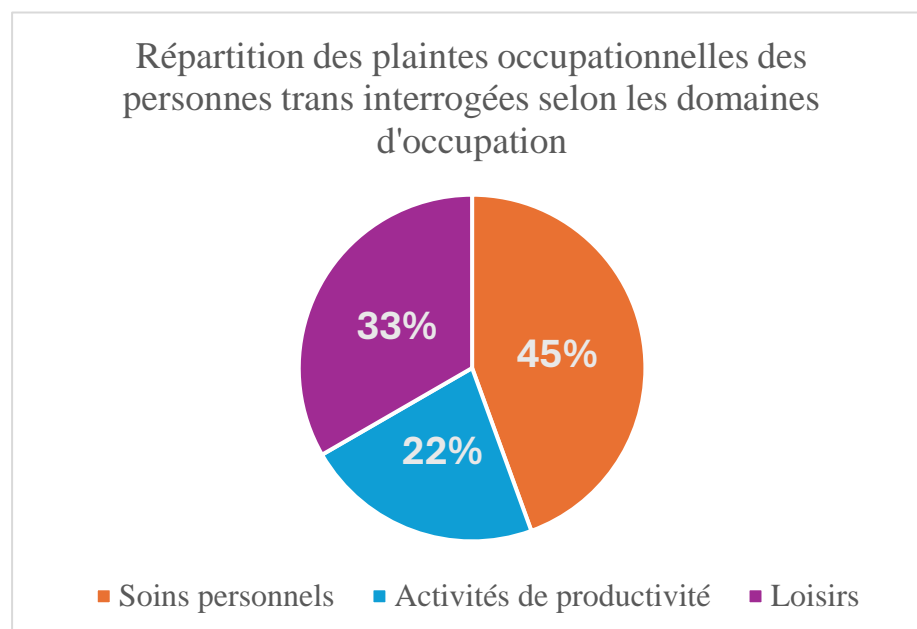
Les problématiques rapportées dans les entretiens semblent essentiellement liées aux différents facteurs de stress que les personnes trans peuvent vivre au quotidien argumentant le choix de ce modèle.

Ainsi les facteurs de stress sont divisés en facteurs de stress externes (ou distaux) et internes (proximaux). Les facteurs de stress externes proviennent de l'extérieur, des environnements. Ils se composent essentiellement de la discrimination, du rejet, de la victimisation et de la non-acceptation de l'identité de genre (Meyer, 2015) comme décrits dans les expériences de transphobie faites par Barbara et Daniel.

Les facteurs de stress internes sont « les sentiments négatifs envers sa propre identité trans, l'anticipation d'évènements négatifs et la dissimulation du genre » (Pineault et al., 2021). Ce facteur est particulièrement décrit par Achille, Barbara, Chloé et Daniel, ayant unanimement rapporté une peur du regard de l'autre, particulièrement sur leur corps. Achille mentionne son état de vigilance constant à la salle de sport, par anticipation d'un rejet. Ce stress se caractérise également par une appréhension des interactions sociales d'autant plus marquée en début de transition. Les expériences de transphobie vécues par Barbara et Daniel ont majoré l'appréhension des interactions sociales. Le stress externe, les expériences de transphobie au

sein du système de santé par exemple, alimente le stress interne (anticipation) (Meyer, 2015). Achille et Daniel rapportent des questionnements incessants lors des interactions sociales, avec une anticipation d'évènements négatifs et une peur du dévoilement de leur transidentité. La dissimulation du genre est également une expérience vécue par Chloé pendant de nombreuses années, ce qu'elle décrit comme source de souffrance. Quant à Daniel, il se sent davantage protégé en ne mentionnant pas sa transidentité.

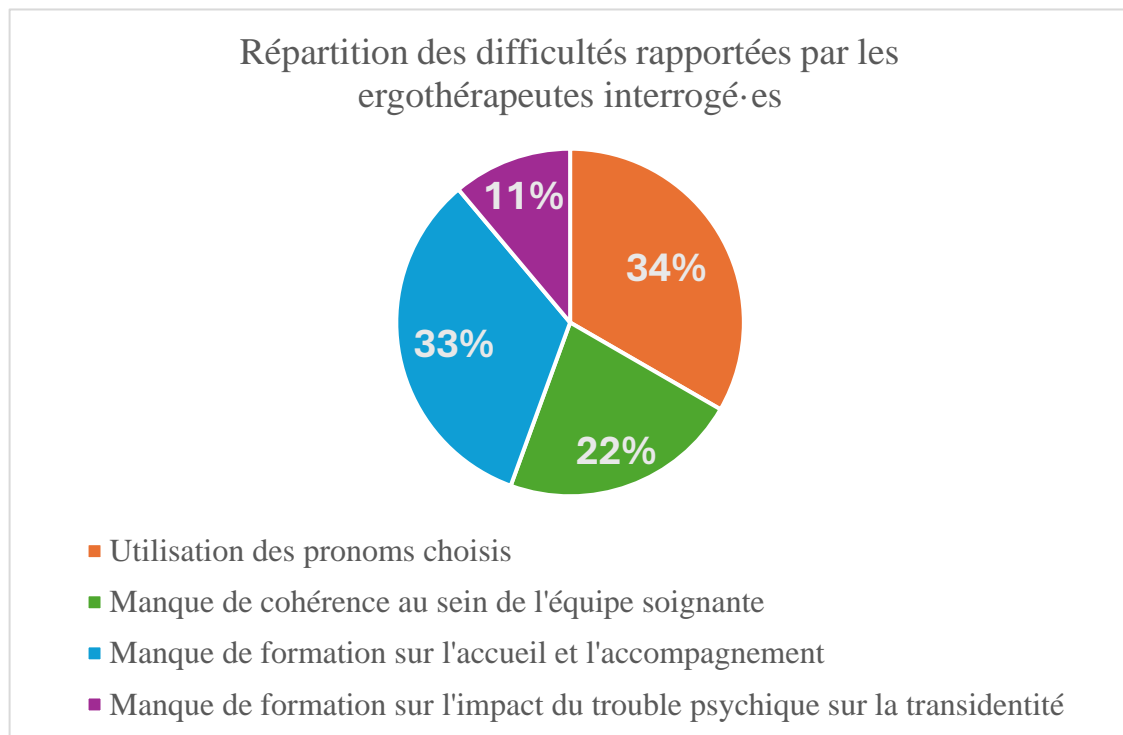
Par conséquent, Achille, Barbara, Chloé et Daniel ont rapporté s'être isolé-es, et s'être désengagé-es sur le plan occupationnel. Les ergothérapeutes interrogé-es observent également un isolement social marqué pour ce public. Les impacts occupationnels sont saillants et abondent dans les échanges. Pour les décrire, la classification des occupations, retrouvée dans le Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnels (MCREO) est mobilisée. Les trois domaines des occupations développés sont les loisirs, la productivité (travail, études, toute activité rémunérée, entretien du ménage, cuisine, bénévolat) et enfin les soins personnels (hygiène personnelle, façon de s'alimenter, se soigner, prendre soin de sa santé physique et psychique) (Launois, 2018). Depuis 2013, le repos est également compatibilisé comme un quatrième domaine. Toutefois, il ne figure pas sur le graphique, aucune plainte à ce sujet n'ayant été rapportée (Morel-Bracq, 2017).



Les difficultés dans les soins personnels, dont l'accès aux soins, sont des problématiques rapportées par trois des personnes trans, et rapportées également par les deux associations. Emile, premier ergothérapeute interrogé, décrit que la majorité des personnes trans rencontrées reste assez hermétique et craigne l'interaction avec les soignant-es. Cette peur

apparaît comme centrale et particulièrement importante face aux professionnel·les peu formé·es. Selon trois des personnes trans interrogées (Achille, Barbara et Daniel) ainsi que les deux associations, le manque de formation augmenterait le risque d'exposition à la transphobie.

2.2. Difficultés rencontrées par les ergothérapeutes



2.2.1. Manque de formation

Les trois ergothérapeutes rapportent ne pas avoir de temps ou avoir trop peu de temps de formation consacré aux spécificités liées à l'accompagnement du public trans. Cette difficulté fait écho aux expériences décrites par Achille, Barbara et Daniel ainsi que par les deux associations, déplorant un manque de cohérence entre les professionnel·les. Finalement, il semble fréquent selon l'association n°2 que les patient·es concerné·es apportent directement les informations, leur expertise, aux professionnel·les. Le manque de formation est mis en lien par Emile et Gaëlle (1^{er} et 3^{ème} entretien auprès d'ergothérapeutes) avec une peur « de faire mal, de mal nommer la personne, de mal faire ». Un manque de connaissances du milieu associatif est décrit par Emile et Gaëlle. Gaëlle a d'ailleurs insisté sur son sentiment de manquer de connaissance quant à l'impact d'un trouble psychique, particulièrement le trouble de la personnalité borderline, sur la transidentité. Daniel, concerné par ce trouble et par la transidentité, explique s'être lui aussi interrogé sur l'impact de ce dernier.

2.2.2. Utilisation des pronoms

La seconde difficulté ressortant des témoignages est l'utilisation des pronoms, que ce soit pour des questions administratives et/ou par aisance personnelle et ce notamment pour les pronoms neutres (iel), comme rapporté par l'ergothérapeute Emile. Félix, ergothérapeute québécois, qualifie ces difficultés de systémique puisqu'elles sont souvent liées aux complexités des démarches administratives. Emile et Gaëlle se confrontent à différents positionnements sur la question de l'utilisation des pronoms, selon les équipes hospitalières. Des désaccords peuvent en résulter comme en témoigne le clivage constaté dans l'équipe de Gaëlle. Finalement, les relations entre les membres de l'équipe se trouvent impactées. Inéluctablement la mise en place de la relation thérapeutique est également impactée.

2.3. Facteurs de résilience

2.3.1. Résilience individuelle et communautaire

En plus de décrire les facteurs de stress, le modèle du stress minoritaire met également en lumière des facteurs atténuant l'effet des facteurs de stress, de sorte que les résultats négatifs pour la santé puissent être évités ou réduits (Meyer, 2015). Les facteurs de résilience y sont alors décrits. Meyer (2015) présente la résilience comme étant « la capacité de survivre et de prospérer face à l'adversité » ce qui correspond finalement à « une adaptation réussie » [Traduction libre].

Une distinction est faite entre la résilience individuelle, qui correspond aux qualités de la personne, pouvant l'aider ou l'entraver dans la gestion du stress, la rendant plus ou moins résiliente, et la résilience communautaire également appelée adaptation des minorités (Meyer, 2015). Cette dernière fait référence à la façon dont « les communautés renforcent les capacités des individus à développer et à maintenir leur bien-être » (Hall et Zautra, 2010) [Traduction libre]. Ainsi, selon Fergus et Zimmerman (2005), considérer la résilience communautaire permet de souligner l'influence des environnements sur la santé et de considérer la situation de manière plus écologique. Ce modèle invite à penser à la fois à l'échelle de l'individu, et de sa communauté, rappelant alors l'importance accordée aux environnements en ergothérapie. Cette considération permet également de comprendre que la résilience n'est pas portée par l'individu seul.e.

2.3.2. Identification à la communauté trans

Un des paramètres importants à considérer dans cette analyse est l'identification à la communauté trans. En effet, selon Meyer (2015), il s'agit d'« un véhicule essentiel pour bénéficier de la résilience de la communauté » [Traduction libre]. Achille, Barbara et Daniel semblent s'identifier à la communauté trans, verbalisant leur appartenance à la communauté. Pour autant, de nombreux éléments peuvent limiter l'identification à la communauté comme la présence d'un handicap ou l'âge comme mentionnés par l'association n°1, ou du fait du sexisme au sein de la communauté comme expérimenté par Barbara ou encore du fait de l'éloignement géographique des villes comme c'est le cas pour Chloé. En effet, Chloé s'identifie peu à la communauté et concentre ses ressources dans des facteurs individuels comme sa façon de voir le Monde ou encore sa personnalité extravertie.

2.3.3. Soutien communautaire

Pour rappel, l'affirmation de genre des personnes trans dans les interactions sociales est une source de stress majeur (Sevelius, 2013 ; Testa et al., 2015). Parmi les facteurs de résilience ayant permis de gérer ce stress, le soutien communautaire apparaît comme fondamental dans les témoignages. Ainsi, Achille a mobilisé la communauté pour accompagner sa famille après son coming-out, Barbara a participé à des permanences associatives pour faciliter sa transition administrative et celle des autres personnes de la communauté dans un second temps, Daniel a lui cherché et trouvé du réconfort par les échanges avec des pair·es en ligne.

2.3.4. Internet

Ce soutien communautaire ne peut être envisagé sans mentionner Internet. Cité à trois reprises dans les entretiens avec les personnes trans, Internet semble faciliter l'accès à l'information sur les transidentités. En s'intéressant aux pratiques informationnelles des personnes trans, Stassin (2023) mentionne Internet en premier lieu. Il permet par exemple de rejoindre le serveur de discussion en ligne de l'association n°2, de s'inscrire à des formations en ligne proposées par l'association n°1, ou encore de rejoindre des groupes de conseils sur Facebook comme ceux auxquels Barbara et Daniel participent. Pour autant, les ergothérapeutes n'ont pas mentionné Internet lors des entretiens. Le rapport de Picard et Jutant (2022) mentionne également l'importance d'Internet et évoque par exemple le site WikiTrans qui regroupe « toutes les ressources pour les personnes trans en questionnement ou en transition, leurs proches et leurs alliés ».

Toutefois, il convient de rappeler qu'Internet est un lieu fréquent de transphobie comme mentionné dans le rapport de SOS Homophobie (2023). Barbara a d'ailleurs mentionné ce phénomène lors de l'entretien. Cet élément est donc à nuancer.

2.3.5. Reconnaissance du genre

Un élément supplémentaire peut être identifié comme facteur de résilience : la reconnaissance du genre par la société. Le fait d'être reconnue comme une femme dans son milieu professionnel est un élément rapporté par Chloé comme ayant diminué son appréhension des interactions sociales. Daniel témoigne d'une expérience similaire dans son établissement de formation. Arthur et Barbara font également part du bien-être qu'apporte le fait d'être reconnu·e comme un homme, ou une femme, d'autant plus par des personnes n'ayant pas connaissance de leur transidentité et les reconnaissant directement dans le genre affirmé. Toutefois, le deuxième ergothérapeute interrogé, Félix, explique que les difficultés de reconnaissance du genre dans le milieu professionnel sont fréquentes.

Le concept sous-jacent est la reconnaissance, soit une force axée sur « le progrès de la société humaine » permettant la réciprocité entre soi et les autres (Honneth, 2013). Elle se distingue en trois composantes : l'amour, la relation juridique et la solidarité.

L'amour se retrouve au sein des relations familiales, amicales et amoureuses. L'investissement dans ses liens est lié avec la confiance en soi selon Honneth (2013). En effet, Arthur, Barbara, Chloé et Daniel l'ont unanimement rapporté : être reconnu·e comme du genre affirmé contribue à prendre confiance en leur passing.

La relation juridique se caractérise essentiellement par les droits octroyés aux personnes. Ce concept est peu abordé dans les entretiens. Toutefois, le principe d'autodétermination est apparu comme fondamental par les associations, et condition au respect de sa propre identité. Enfin, la solidarité est une composante de la reconnaissance qui est significativement ressortie dans les entretiens. Elle se définit comme une « relation d'interaction dans laquelle les sujets s'intéressent à l'itinéraire personnel de leur vis-à-vis ». Cet élément fait écho à la pair-aidance particulièrement abordée par les associations dans les ressources proposées. Cette dernière se définit comme « l'assistance cognitive, émotionnelle et informative proposée par une personne, membre d'une communauté sociale, à une autre personne de la même communauté. Les connaissances du pair-aidant sont expérientielles, puisqu'il partage avec les aidés les mêmes préoccupations et a les mêmes caractéristiques. » (Vignaud, 2017).

Pour soutenir la résilience, la réunion de ces trois formes de reconnaissance lors des interactions sociales apparaît comme nécessaire.

2.3.6. Occupation : moyen trans affirmatif

Les personnes concernées ont certes rapporté de véritables plaintes occupationnelles, elles ont également mis en lumière l'occupation comme un moyen d'affirmer leur genre. Cette possibilité semble particulièrement s'appliquer aux loisirs comme mobilisés par Achille par la musculation, Barbara par la pole-dance et danse africaine et Chloé par le yoga. L'association n°1 propose en effet des groupes de « danse mouvement thérapie » en distanciel, afin de trouver un mieux-être par le mouvement et par le soutien du groupe. Toutefois, aucun·e des trois ergothérapeutes mobilisent cette notion dans leur accompagnement. Emile, premier ergothérapeute interrogé, a mentionné la possibilité de créer en ergothérapie un espace propice à l'exploration du genre, que ce soit par l'adoption d'une nouvelle **expression de genre** ou par l'essai de prénoms et pronoms. Cette pratique se rapproche de celle de Gaëlle qui invite la personne à se présenter au sein du groupe. Finalement, que ce soit par la reconnaissance du genre par le groupe ou par l'affirmation de soi au travers des occupations, l'ergothérapeute semble pouvoir accompagner la communauté trans vers la résilience.

2.4. Pistes d'accompagnement en ergothérapie

2.4.1. Formation par les associations communautaires

Pour répondre au manque de formation décrit par les personnes trans et les ergothérapeutes, les associations n°1 et n°2 proposent des formations. Ce concept rappelle l'idée évoquée par deux ergothérapeutes lors des entretiens : les formations pour l'accompagnement du public trans pourraient être dispensées par la communauté trans directement. Cette idée du « par et pour » est d'ailleurs mentionnée lors de l'entretien avec l'association n°1. Autrement, la troisième ergothérapeute interrogée, Gaëlle, pense que les professionnel·les de santé ayant une expérience sur le sujet pourraient également proposer une formation.

Les associations affirment qu'il est possible d'intervenir à la fois en formation initiale d'ergothérapie, ainsi qu'auprès des ergothérapeutes déjà en exercice directement dans les services hospitaliers, dans les établissements médico-sociaux ou auprès des cabinets libéraux. L'association n°2 met déjà ce type de formations en pratique, à la demande des professionnel·les de santé et des lieux de formation.

2.4.2. Groupe et interactions sociales

Les ergothérapeutes Emile et Gaëlle (1^{er} et 3^{ème} entretien auprès d'ergothérapeutes) optent majoritairement pour un format groupal lors de leur accompagnement. De leur expérience, ce dernier présente un intérêt pour le public trans. Emile opte pour des groupes avec des profils variés en termes de motifs d'hospitalisation, de pathologies, de genre et d'âge offrant alors un « enrichissement » des échanges. Gaëlle privilégie cette modalité pour proposer un cadre sécurisant dans lequel l'entraînement aux interactions sociales est possible. Félix, ergothérapeute québécois, utilise préférentiellement le format individuel, ce qui lui semble plus adapté pour « enseigner » les outils répondant aux besoins spécifiques de la personne, en conservant un intérêt pour l'application de ses outils dans la communauté.

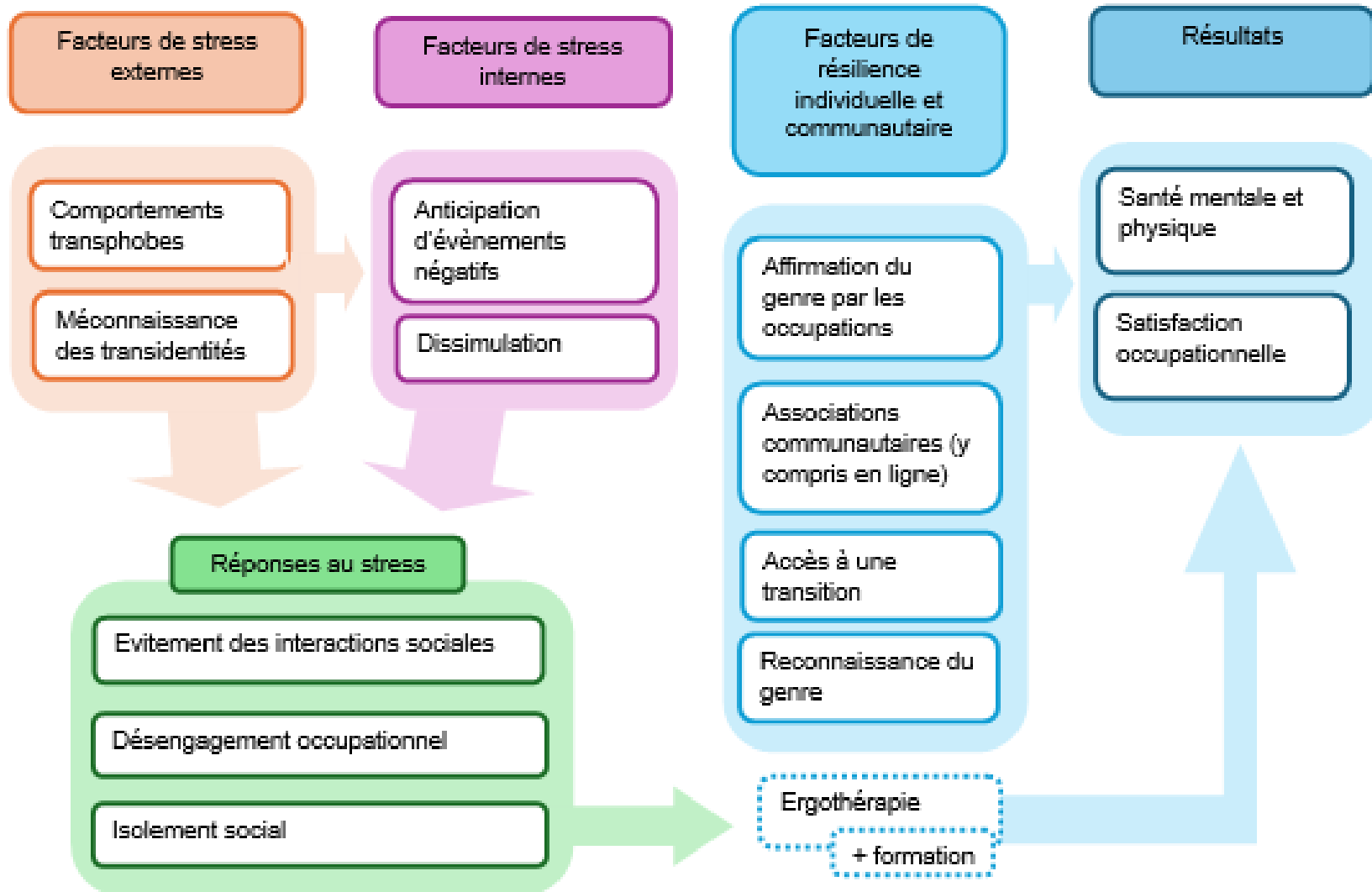
Achille, Barbara et Daniel expliquent bien l'importance qu'a eu le groupe, la communauté trans, dans leur parcours vers la résilience, que ce soit par des groupes d'échanges sur les réseaux sociaux comme ceux proposés par l'association n°2 ou lors de permanences associatives comme expérimenté par Barbara. Félix propose aux personnes accompagnées de mobiliser cette ressource en intégrant la communauté aux réunions pluridisciplinaires ainsi qu'en se rendant sur « le milieu communautaire », c'est-à-dire en accompagnant la personne dans l'environnement qu'elle, et la communauté, ont pour habitude de fréquenter.

2.4.3. Mises en situation

Les trois ergothérapeutes utilisent les mises en situation pour des motifs variés. Félix, ergothérapeute québécois, propose des mises en situation en individuel pour mettre en pratique « certaines compétences » que ce soit dans des situations fictives ou réellement vécues par la personne. L'objectif est d'entraîner spécifiquement aux interactions sociales. Emile propose ponctuellement des mises en situation, également sur un format individuel. Il accompagne vers l'extérieur en mentionnant des « prétextes » comme faire les courses pour l'atelier cuisine, ou encore pour se rendre sur un lieu culturel en prenant les transports en commun. Les mises en situation sont davantage utilisées à visée évaluative, plutôt que comme un moyen d'entraînement aux interactions sociales. Il en va de même pour Gaëlle qui utilise la mise en situation pour évaluer les fonctions cognitives par l'occupation qu'est la cuisine.

L'ensemble des éléments mis en lumière dans cette analyse est présenté dans un schéma récapitulatif.

Environnements



VI. Discussion

1. Evolution des hypothèses

Pour rappel, le cadre conceptuel a permis d'aboutir à la problématique suivante : **En quoi la collaboration avec des associations communautaires peut-elle contribuer de manière positive à l'accompagnement en ergothérapie des personnes trans, spécifiquement sur les interactions sociales ?**

Afin d'y répondre, deux hypothèses de travail initiales ont été formulées. Ces dernières ont évolué à la suite des neuf entretiens semi-directifs menés comme souhaité en approche inductive (d'Arripe et al., 2014). Les derniers entretiens de chacun des groupes n'ont pas apporté de nouveaux éléments au regard de la problématique définie. Le phénomène de saturation des données est observable. Ainsi, la première hypothèse formulée a été divisée en deux afin de rendre mieux compte de l'intérêt de la formation par le milieu communautaire. L'évolution des hypothèses au fil des entretiens est disponible en Annexe 11.

Les hypothèses de travail retenues sont les suivantes :

H1-4a : Par la collaboration avec le milieu associatif et par une approche communautaire, il serait possible de créer un premier environnement de rencontre entre personnes trans et ergothérapeutes. Cet espace pourrait être propice à une formation par la communauté sur les besoins spécifiques.

H1-4b : La formation des ergothérapeutes à l'accompagnement de la communauté trans permettrait une meilleure connaissance des facteurs de stress auxquelles la communauté fait face. Elle permettrait également une meilleure connaissance des facteurs de résilience afin de s'en saisir en ergothérapie.

En effet, les ergothérapeutes interrogé-es déplorent un manque d'information sur le sujet les limitant dans leur pratique professionnelle et dans la collaboration avec le milieu associatif communautaire. Ainsi, former les ergothérapeutes au sein des associations permettrait de saisir les spécificités de l'accompagnement des personnes trans, l'organisation des dispositifs déjà en place et ainsi mettre en lumière la plus-value de l'ergothérapie dans ce contexte. Derrière cette hypothèse-ci, il semble apparaître l'idée que les ergothérapeutes puissent être accompagné-es dans un premier temps par la communauté trans, pour, à terme, intervenir auprès de cette communauté.

H2-3 : L'ergothérapeute pourrait accompagner les difficultés dans les interactions sociales des personnes par l'entraînement aux interactions sociales au sein de groupes.

Il est ressorti de l'analyse des entretiens que les ergothérapeutes mobilisaient particulièrement le format « groupe » pour entraîner aux interactions sociales. Les ergothérapeutes rapportent que ce format permet aux personnes trans de s'entraîner à se présenter et à s'exposer au regard des autres. Le groupe proposé apparaît comme un lieu propice à l'entraînement. En effet, l'ergothérapeute étant garant·e du cadre, l'environnement est supposé protecteur.

2. Perspectives de la recherche

2.1. Approche centrée sur la personne et approche communautaire

Cette recherche a mis en évidence l'intérêt d'une approche communautaire auprès des personnes trans. En effet, la communauté fait partie des ressources mobilisées par les personnes trans, leur permettant d'accéder plus facilement à une transition, à des soins trans affirmatifs et ainsi de pouvoir s'affirmer au sein de leurs occupations. En plus d'évoquer la résilience à l'échelle de l'individu, le modèle du stress minoritaire de Meyer mentionne la résilience communautaire. Pour autant, l'ergothérapie, telle que pratiquée majoritairement par les ergothérapeutes, se construit autour de l'individu et est « patient-centré ». De plus, la conception biomédicale de la santé est largement répandue et participe aux obstacles du développement de l'approche communautaire en ergothérapie (Delaisse et al., 2022). Dès lors, comment combiner l'approche individualiste adoptée par les ergothérapeutes avec l'approche communautaire développée par le milieu associatif trans ?

2.2. Modèles conceptuels

Ce travail d'initiation à la recherche a montré une réalité complexe. En ce sens, dans quelle mesure l'utilisation d'un modèle conceptuel pourrait-il guider la pratique des ergothérapeutes accompagnant la communauté trans ? Aucun modèle conceptuel n'a été mentionné par les ergothérapeutes interrogés. Bien que le modèle du stress minoritaire ait été mobilisé pour approfondir l'analyse des données empiriques, il présente des limites et n'est pas spécifique à l'ergothérapie. Comme déjà mentionné, l'ergothérapie se situe « à la charnière du monde médical et du monde social » (Morel-Bracq, 2017) et développe sa pratique sur l'occupation. De ce fait, emprunter des modèles à d'autres disciplines comportent nécessairement des limites (Morel-Bracq, 2017). Pour autant, adopter un modèle peut aider à la réflexion, au

raisonnement clinique, au choix des outils d'évaluation, à l'élaboration du diagnostic ergothérapeutique et à la formulation des objectifs d'intervention (Morel-Bracq, 2017). Quels modèles de pratique permettent de tenir compte à la fois des valeurs de l'ergothérapie, du paradigme occupationnel ainsi que des besoins spécifiques rencontrés par la communauté trans ?

3. Biais et limite

Une limite a été identifiée dès les prémices de ce travail. Pour une compréhension juste de la situation de santé d'une personne ou d'un groupe de personnes, il a été vu que l'ensemble des déterminants de santé doivent être considérées. Une limite de ce travail réside donc dans la difficulté de tenir compte de la totalité des facteurs, ce qui invite à nuancer les résultats de cette recherche.

Certains biais ont également pu être observés. Tout d'abord, il existe un biais au regard de l'échantillonnage qui ne comporte que des personnes trans binaires et des ergothérapeutes exerçant en milieu hospitalier. De plus, un ergothérapeute exerce majoritairement en pédopsychiatrie, où les enjeux de transidentité sont d'autant plus spécifiques. Les ergothérapeutes exercent dans trois pays différents, rendant la comparaison à la fois riche et délicate, particulièrement lorsque l'impact des environnements est étudié. Bien que neuf entretiens aient été réalisés, ce travail ne peut prétendre à faire l'objet d'une généralisation. Le biais de rappel fait également partie des biais identifiés. Il a été mentionné par un participant à l'étude un oubli d'une partie de son vécu. De manière générale, les personnes peuvent oublier certaines précisions de leur vécu antérieur et de ce fait ne pas les mentionner, ce qui constitue un biais.

Bien que l'entretien semi-directif soit un outil adapté pour cette recherche, il comporte un biais de réponse. Les participant-es peuvent modifier leurs réponses pour correspondre aux discours institutionnels, à ce qui leur semble socialement acceptable ou à mes supposées attentes.

Autrement, le recrutement pour les entretiens a été réalisé sur la base du volontariat ce qui implique un biais de volontariat. Dans ce contexte, les caractéristiques des personnes enquêtées peuvent différer de celles de personnes qui auraient refusé d'y participer ou n'auraient pas porté d'intérêt pour la recherche.

De plus, le recrutement ayant été en partie réalisé au sein de groupes communautaires, un biais de recrutement est à considérer.

Enfin, un biais se pose également sur la subjectivité. Malgré le travail de rupture mené, ce biais persiste à travers la suggestion de certaines pistes d'accompagnement ou par l'interprétation des réponses données.

4. Plus-value professionnelle

Ce travail a permis le développement d'une démarche scientifique qui me sera utile pour maintenir une veille professionnelle durant tout l'exercice de ma profession. De plus, ce mémoire a été une occasion supplémentaire pour rappeler l'importance de construire des projets d'accompagnement en partant des besoins des personnes concernées.

L'approfondissement de ce sujet de recherche a développé mon intérêt pour l'approche communautaire en ergothérapie. De plus, cet exercice a facilité ma projection dans une pratique inclusive, en veillant à ne pas présumer de l'identité de genre de la personne rencontrée, et de manière plus générale en évitant toute supposition basée sur des jugements et sur des normes.

VII. Conclusion

L'adaptation est au cœur de l'ergothérapie, une profession qui évolue constamment pour répondre aux enjeux sociaux contemporains. De fait, un nombre grandissant de recherches s'intéresse aux expériences occupationnelles des populations marginalisées, comme c'est le cas des minorités de genre. Cette initiation à la recherche a révélé la complexité et la singularité des parcours de vie des personnes trans. L'expérience du stress minoritaire entraîne chez elles des ruptures occupationnelles significatives, impactant leur santé de manière inéluctable. Une partie des problématiques décrites relèvent en effet de l'ergothérapie.

L'objectif de ce travail était d'étudier l'intérêt de la collaboration avec les associations communautaires trans pour accompagner les interactions sociales des personnes trans en ergothérapie. Il ressort de cette étude que l'occupation est mobilisée par la communauté trans comme moyen d'affirmation de genre, ce qui conduit à développer l'idée d'une ergothérapie trans affirmative. De nouvelles perspectives s'ouvrent ainsi pour les ergothérapeutes de terrain, déjà confronté-es à ces situations et souvent démunis-es face au manque de ressources connues en ergothérapie.

La collaboration avec le milieu associatif communautaire a été pensée comme un moyen pertinent pour mieux comprendre les spécificités d'un accompagnement trans affirmatif et les intégrer à une pratique en ergothérapie.

VIII. Références bibliographiques

Alami, S., Desjeux, D. & Garabuau-Moussaoui, I. (2009). Les méthodes qualitatives. *Presses Universitaires de France*, pp. 20-25. <https://doi.org/10.3917/puf.alami.2009.01>

Albuquerque, S. (2019). La promotion de la santé en ergothérapie, au cœur des occupations des populations. *ErgOTHérapies*, 73, pp. 45-53. <https://revue.anfe.fr/2019/05/21/la-promotion-de-la-sante-en-ergotherapie-au-coeur-des-occupations-des-populations/>

Alessandrin, A. (2016). La transphobie en France : insuffisance du droit et expériences de discrimination. *Cahiers du Genre*, 60, pp. 193-212. <https://doi.org/10.3917/cdge.060.0193>

Alessandrin, A., & Espineira, K. (2015). Chapitre 4. Le mouvement social trans : mobilisations et visibilité. *Maison des Sciences de l'Homme d'Aquitaine eBooks*, pp. 115-129. <https://doi.org/10.4000/books.msha.4881>

American Psychiatric Association. (2015). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5ème éd).

Armangau, Y. (2023). « Bonjour tout le monde [...]. J'ai besoin d'écrire ce message pour trouver du soutien » : soutien en ligne et éthique du *care* trans: « Hello everyone (...). I need to write this message to find support » : online social support and trans care ethics. *Questions de communication*, 43, pp. 61-80. <https://www.cairn.info/revue--2023-1-page-61.htm>.

Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute - Légifrance. (2010). <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000022447668/>

Article 1 - Décret n° 2010-125 du 8 février 2010 portant modification de l'annexe figurant à l'article D. 322-1 du code de la sécurité sociale relative aux critères médicaux utilisés pour la définition de l'affection de longue durée « affections psychiatriques de longue durée Légifrance. (2010). https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000021801918

Article 1 - Loi du 1er juillet 1901 relative au contrat d'association. Légifrance. (1901). <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/LEGITEXT000006069570>

Article 1 - Loi n° 2008-496 du 27 mai 2008 portant diverses dispositions d'adaptation au droit communautaire dans le domaine de la lutte contre les discriminations (1). Légifrance. (2008). https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000018877784

- Article L1110-3. Code de la santé publique. Légifrance. (2005). https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006685744/2005-02-12
- Article L. 1112-5 - Loi du 4 mars 2002, relative aux droits des malades. (2002). <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000227015/>
- Bateman, S. (2006). De la neutralité axiologique face à une pratique moralement controversée. *Travail, genre et sociétés*, 15, pp. 169-175. <https://doi.org/10.3917/tgs.015.0169>
- Beagan, B. L., De Souza, L., Godbout, C., Hamilton, L., MacLeod, J., Paynter, E., & Tobin, A. (2012). “This is the Biggest Thing You’ll Ever Do in Your Life”: Exploring the Occupations of Transgendered People. *Journal of Occupational Science*, 19(3), pp. 226-240. <https://doi.org/10.1080/14427591.2012.659169>
- Beaubatie, E. (2019). L’aménagement du placard : Rapports sociaux et invisibilité chez les hommes et les femmes trans’ en France. *Genèses*, 114, pp. 32-52. <https://doi.org/10.3917/gen.114.0032>
- Beaud, S., & Weber, F. (2010). Guide de l’enquête de terrain : produire et analyser des données ethnographiques. La Découverte. <https://doi.org/10.4000/books.editionsmssh.6924>
- Blais, M., & Martineau, S. (2006). L’analyse inductive générale : description d’une démarche visant à donner un sens à des données brutes. *Recherches qualitatives*, 26(2), 1. <https://doi.org/10.7202/1085369ar>
- Blanchet, A., & Gotman, A. (2007). Série « L’enquête et ses méthodes » : L’entretien (2e éd. refondue). Armand Colin. <https://doi.org/10.7202/1024898ar>
- Bowen, D.R. (1977). Objectivity as a Normative Standard. *The Journal of Politics*, 39, pp. 201 - 210. <https://doi.org/10.2307/2129696>
- Bushby, K., Chan, J., Druif, S., Ho, K., & Kinsella, E. A. (2015). Ethical tensions in occupational therapy practice: a scoping review. *British Journal of Occupational Therapy*, 78(4), pp. 212-221. <https://doi.org/10.1177/0308022614564770>
- Butler J. (2009), « Le transgenre et les « attitudes de révolte », David Menard M. (dir.), *Sexualités, genre et mélancolie : s’entretenir avec Judith Butler*. Campagne première.

- Castra, M. (2020). 17. Comment expliquer les inégalités sociales de santé ?. Dans : Serge Paugam éd., *50 questions de sociologie* (pp. 177-185). Paris cedex 14: Presses Universitaires de France. <https://doi.org/10.3917/puf.pauga.2020.01.0177>
- Chevalier, F., & Meyer, V. (2018). Chapitre 6. Les entretiens. In Les méthodes de recherche du DBA (pp. 108-125). EMS Editions. <https://doi.org/10.3917/ems.cheva.2018.01.0108>
- Clavreul, H. (2020). De l'approche communautaire et citoyenne aux interventions d'intérêt collectif en ergothérapie. *ErgOTHérapies*, 79, pp. 7-10. <https://revue.anfe.fr/2020/11/03/de-lapproche-communautaire-et-citoyenne-aux-interventions-dinteret-collectif-en-ergotherapie/>
- Coleman, E., Radix, A. E., Bouman, W. P., Brown, G. R., de Vries, A. L. C., Deutsch, M. B., ... Arcelus, J. (2022). Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8. *International Journal of Transgender Health*, 23(S1), S1-S260. <https://doi.org/10.1080/26895269.2022.2100644>
- Collin, L. J., Reisner, S. L., Tangpricha, V., & Goodman, M. (2016). Prevalence of transgender depends on the "Case" definition: a Systematic review. *The Journal of Sexual Medicine*, 13(4), pp. 613-626. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.02.001>
- Condat, A. (2020). Familles en Transitions. *Recherches en psychanalyse*, 30, pp. 131-139. <https://doi.org/10.3917/rep2.030.0131>
- Crider, C., Calder, C. R., Bunting, K. L., & Forwell, S. (2014). An Integrative Review of Occupational Science and Theoretical Literature Exploring Transition. *Journal of Occupational Science*, 22(3), pp. 304-319. <https://doi.org/10.1080/14427591.2014.922913>
- D'Arripe, A., Oboeuf, A., & Routier, C. (2014). L'approche inductive : Cinq facteurs propices à son émergence. *Approches inductives*, 1(1), p. 113. <https://doi.org/10.7202/1025747ar>
- Delaisse, A., Bodin, J., Charret, L., Hernandez, H., & Morel-Bracq, M. (2022). *L'ergothérapie en France : Une perspective historique*. De Boeck Supérieur.
- Délégation Interministérielle à la Lutte Contre le Racisme, l'Antisémitisme et la Haine anti-LGBT. (2019). Fiche pratique sur le respect des droits des personnes trans. <https://www.dilcrah.gouv.fr/wp-content/uploads/2019/11/FICHE-RESPECT-DES-DROITS-TRANS-DILCRAH.pdf>

- Descamps, F. (2005). De l'extraction des informations à la transcription intégrale. Dans *L'historien, l'archiviste et le magnétophone : De la constitution de la source orale à son exploitation*. <https://doi.org/10.4000/books.igpde.592>
- Drolet, M. J., & Maclure, J. (2016). Les enjeux éthiques de la pratique de l'ergothérapie : perceptions d'ergothérapeutes. *Approches inductives*, 3(2), pp. 166-196. <https://doi.org/10.7202/1037918ar>
- Dubuc, D. (2017). LGBTQI2SNBA+ les mots de la diversité liée au sexe, au genre et à l'orientation sexuelle. <https://fneeq.qc.ca/wp-content/uploads/Glossaire-2017-08-14-corr.pdf>
- Eliacheff, C., & Masson, C. (2022). La fabrique de l'enfant-transgenre. Éditions de l'Observatoire. <https://doi.org/10.3917/cohe.254.0168>
- Espineira, K. (2015). Le mouvement trans : un mouvement social communautaire ? *Chimères*, 87, pp. 85-94. <https://doi.org/10.3917/chime.087.0085>
- Espineira, K. (2018). Les corps trans : Disciplinés, militants, esthétiques, subversifs. *Revue des sciences sociales*, 59, pp. 84-95. <https://doi.org/10.4000/revss.701>
- Espineira, K. & Thomas, M. (2022). « Des hommes qui deviennent des femmes, des femmes qui deviennent des hommes, on n'y comprend rien. ». Dans : K. Espineira & M. Thomas (Dir), *Transidentités et transitude: se défaire des idées reçues* (pp. 23-30). Le Cavalier Bleu. <https://www.cairn.info/transidentites-et-transititude--9791031804927.htm>
- Fergus, S., & Zimmerman, M. A. (2005). Adolescent resilience: A framework for understanding healthy development in the face of risk. *Annual Review of Public Health*, 26, pp. 399- 419. <http://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.26.021304.144357>
- Feys, J. (2020). Transidentité et délire. *L'information psychiatrique*, 96, pp. 667-674. <https://doi.org/10.1684/ipe.2020.2169>
- Firdion, J. M. (2012). Construire un échantillon. L'enquête sociologique. *Presses Universitaires de France*, pp. 69-92. https://www.researchgate.net/profile/Jean-Marie-Firdion/publication/314461358_4_Construire_un_echantillon/links/5af714d3aca2720af9ca4d78/4-Construire-un-echantillon.pdf
- Formarier, M., & Poirier-Coutansais, G. (1986). Le cadre conceptuel dans la recherche. *Recherche en soins infirmiers*, (1), pp. 71-78. <https://doi.org/10.3917/rsi.004.0071>

- Forno, N., Balem, C., Roullaux, L., Robert, A., Iribarnegaray, S., & Moreau, C. (2023). Construire un dispositif communautaire de santé mentale innovant et sur-mesure : retour sur l'expérience de la permanence d'écoute d'Espace Santé Trans. *Psychologies, Genre et Société*. <https://www.psygenresociete.org/191#quotation>
- Gaudette, Y. (2022). L'intervention transaffirmative en santé mentale: la reconnaissance pour soutenir le bien-être des personnes trans. *Nouvelles pratiques sociales*, 33(1), pp. 254-272. <https://doi.org/10.7202/1095948ar>
- Ghillion, R. et Matalon, B. (1978). Les enquêtes sociologiques. *Bulletin de psychologie*, 33 (343), p. 44.
- Gonthier, F. (2004). Weber et la notion de « compréhension ». *Cahiers internationaux de sociologie*, 116, pp. 35-54. <https://doi.org/10.3917/cis.116.0035>
- Grossmann, F. (2018). Objectivité scientifique et positionnement d'auteur. Presses de l'enssib. <https://doi.org/10.4000/books.pressesenssib.950>.
- Guebey, M. (2020). Approche communautaire et sociale auprès d'un public marginalisé : partage d'une pratique réflexive. *ErgOThérapies*, 79, pp. 19-28. <https://revue.anfe.fr/2020/11/03/approche-communautaire-et-sociale-aupres-dun-public-marginalise%E2%80%89partage-dune-pratique-reflexive/>
- Guihard, J. P. (2007). Ecologie thérapeutique ou thérapie écologique ? *Expériences en Ergothérapie*, 20. <http://www.jp.guihard.net/spip.php?article45>
- Hall, J. H., & Zautra, A. J. (2010). Indicators of community resilience: What are they, why bother? In J. W. Reich, A. J. Zautra, & J. S. Hall (Eds.), *Handbook of adult resilience*. Guilford Press, pp. 350-375. https://www.researchgate.net/publication/286312186_Resilience_science_and_practice_Current_status_and_future_direction
- Hamel, J. (2000). À propos de l'échantillon. De l'utilité de quelques mises au point. *Recherches qualitatives*, 21, pp. 3-20. <https://doi.org/10.7202/1085611ar>
- Hana, T., Butler, K., Young, T., Zamora, G., et Hong Lam, S. H. (2021). Transgender health in medical education. *Bulletin of the World Health Organization*, 99(4), pp. 296-303. <https://doi.org/10.2471/BLT.19.249086>

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), pp. 460–467. <https://doi.org/10.1037/a0029597>

Honneth, A. (2013). *La lutte pour la reconnaissance*. Gallimard.

Jacquier, C. (2011). Qu'est-ce qu'une communauté ? En quoi cette notion peut-elle être utile aujourd'hui. *Vie sociale*, 2, pp. 33-48. <https://doi.org/10.3917/vsoc.112.0033>

Jourdan, D. (2012). Quarante ans après, où en est la santé communautaire ? *Santé publique*, 24, pp. 165-178. <https://doi.org/10.3917/spub.122.0165>

Jouve, C. A., Lévesque, M. H., & Levasseur, M. (2022). Facilitants et obstacles à l'ergothérapie communautaire en France : vers l'élargissement du champ de pratique des ergothérapeutes. *Revue Francophone de Recherche en Ergothérapie*, 8(2), pp 61-84. <https://doi.org/10.13096/rfre.v8n2.204>

Kapilashrami, A., Hill, S. & Meer, N. (2015). What can health inequalities researchers learn from an intersectionality perspective? Understanding social dynamics with an inter-categorical approach? *Soc Theory Health* 13, pp. 288-307. <https://doi.org/10.1057/sth.2015.16>

Kattari, S. K., Walls, N. E., Speer, S. R., & Kattari, L. (2016). Exploring the relationship between transgender-inclusive providers and mental health outcomes among transgender/gender variant people. *Social Work in Health Care*, 55(8), pp. 635-650. <https://doi.org/10.1080/00981389.2016.1193099>

Kaufmann, J. C. (2001). *Ego : pour une sociologie de l'individu*. Nathan. <https://doi.org/10.4000/sdt.32641>

Kaufmann, J. C. (2007). Série « L'enquête et ses méthodes » : L'entretien compréhensif (2e éd. refondue). Armand Colin.

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, pp. 67-82. <https://doi.org/10.3917/rpve.534.0067>

- Lamontagne, C., Cyr, N., Wilner, C. D., & Séguin, J. (2022). Pour une communication inclusive en français dans le domaine de l'ergothérapie. *Canadian Journal Of Occupational Therapy*, 89(3), pp. 217-222. <https://doi.org/10.1177/00084174221123873>
- Lamoureux, H., Lavoie, J. et Mayer, R. (2008). *La pratique de l'action communautaire*, 2^e édition. Presses de l'Université du Québec.
- Latour, B., & Fabbri, P. (1977). La rhétorique de la science. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 13(1), pp. 81-95. <https://doi.org/10.3406/arss.1977.3496>
- Letts, L., Donnelly, C., Hand, C., Leclair, L., et Wener, P. (2022). Promouvoir la participation occupationnelle auprès des communautés. Dans M. Egan et G. Restall (Dir.), *L'ergothérapie axée sur les relations collaboratives pour promouvoir la participation occupationnelle* (pp. 217-238). Association canadienne des ergothérapeutes.
- Lindsey, L.L. (2015). *Gender Roles: A Sociological Perspective* (6^{ème} ed.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315664095>
- Maillet, C. (2023). La longue histoire des transidentités : Constituer des archives trans, historiciser le genre. *Revue du Crieur*, (1)1, pp. 2-23. <https://doi.org/10.3917/crieu.022.0012>
- Medico, D., Pullen Sansfaçon, A. (2017). Pour des interventions anti-oppressives auprès des jeunes trans : nécessités sociales, évidences scientifiques et recommandations issues de la pratique. *Service social*, 63(2), pp. 21-34. <https://doi.org/10.7202/1046497ar>
- 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), pp. 674-697. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.5.674>
- Meyer, I. H. (2015). Resilience in the study of minority stress and health of sexual and gender minorities. *Psychology of sexual orientation and gender diversity*, 2(3), p 209. <https://doi.org/10.1037/sgd0000132>
- Meyer, I. H., & Frost, D. M. (2013). Minority stress and the health of sexual minorities. In C. J. Patterson & A. R. D'Augelli, *Handbook of psychology and sexual orientation*. Oxford University Press, pp. 252-266.
- Meyer, S. (2018). Quelques clés pour comprendre la science de l'occupation et son intérêt pour l'ergothérapie. *Revue francophone de recherche en ergothérapie*, 4(2), pp. 13-28. <https://doi.org/10.13096/rfre.v4n2.116>

Monin, M. (2019). L'approche communautaire en ergothérapie : Projet d'action sur des déterminants sociaux impactant l'occupation de certains publics. Participation, occupation et pouvoir d'agir : plaidoyer pour une ergothérapie inclusive, pp. 343-362.

Morel-Bracq, M. C. (2017). *Les modèles conceptuels en ergothérapie: introduction aux concepts fondamentaux*. De Boeck Supérieur.

Morel-Bracq, M., Offenstein, E., & Quevillon, E. (2015). *L'activité humaine : un potentiel pour la santé ?* De Boeck Supérieur.

Olivier de Sardan, J.-P. (2000). Le « je » méthodologique. Implication et explicitation dans l'enquête de terrain. *Revue française de sociologie*, 41(3), p. 419.
<https://doi.org/10.2307/3322540>

OMS (1946). Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, 2, p. 100.
https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/88278/Official_record2_fre.pdf;sequence=1

OMS (1948). Constitution de l'OMS. <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/FR/constitution-fr.pdf>

OMS (1986). *The Ottawa Charter for Health Promotion*.
<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>

OMS (1999). Glossaire de la promotion de la santé de Genève.
https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/67245/WHO_HPR_HEP_98.1_fre.pdf;jsessionid=129DEBA07E98E892C7F7D02153799E2A?sequence=1

OMS. (2019). International statistical classification of diseases and related health problems (11th ed.). <https://icd.who.int/>

OCDE. (2019). Panorama de la société 2019 : les indicateurs sociaux de l'OCDE.
<https://doi.org/10.1787/e9e2e91e-fr>

Paugam, S. (2012). 1 – S'affranchir des prénotions. Dans : Serge Paugam éd., *L'enquête sociologique* (pp. 5-26). Presses Universitaires de France.
<https://doi.org/10.3917/puf.paug.2012.01.0005>

Picard H., Jutant S. (2022). Rapport relatif à la santé et aux parcours de soins des personnes trans. Ministère des Solidarités et de la Santé. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_sante_des_personnes_trans_2022.pdf

- Pineault, E.-M., Cotton J.-C., Roy, P. et Roy, S. (2021). L'importance de la reconnaissance de l'orientation sexuelle et de l'identité de genre dans l'intervention en santé mentale auprès des personnes LGBTQ+. *Quintessence*, 12(1), pp. 1-2. <https://qualaxia.org/wp-content/uploads/2021/01/quintessence-vol12-1.pdf>
- Platt, L. F., & Bolland, K. S. (2016). Trans* Partner Relationships: A Qualitative Exploration. *Journal of GLBT Family Studies*. <https://doi.org/10.1080/1550428X.2016.1195713>
- Porz, R. (2023). L'éthique, késako?. *Bulletin des médecins suisses*, 104(2021), pp. 72-73.
- Reucher, T. (2005). Quand les trans deviennent experts : Le devenir trans de l'expertise. *Multitudes*, 20, pp.159-164. <https://doi.org/10.3917/mult.020.0159>
- Reucher, T. (2011). Dépsychiatriser sans démedicaliser, une solution pragmatique : *L'information psychiatrique*, 87(4), pp. 295-299. <https://doi.org/10.1684/ipe.2011.0774>
- Rioufreyt, T. (2016). La transcription d'entretiens en sciences sociales : Enjeux, conseils et manières de faire.
- Roy, A. (2023). L'ergothérapie et l'équilibre occupationnel. ANFE. <https://anfe.fr/wp-content/uploads/2023/06/enfant-ado.pdf>
- Safer, J. D., & Tangpricha, V. (2019). Care of the Transgender Patient. *Annals of Internal Medicine*, 171(1). <https://doi.org/10.7326/aitc201907020>
- Santé Communauté Participation (SACOPAR), Centre local de promotion de la santé de Charleroi-Thuin (CLPSCT) et Fédération des maisons médicales (2013). *Action communautaire en santé : un outil pour la pratique*. <https://www.maisonmedicale.org/Action-communautaire-en-sante-un-outil-pour-la-pratique-2013.html>
- Savoie-Zajc, L. (2006). Comment peut-on construire un échantillonnage scientifiquement valide. *Recherches qualitatives*, 5(1), pp. 99-111. http://philippe.spoljar.free.fr/Files/Other/TER/txt_Recherches_qualitatives_hors_serie_5.pdf#page=102
- Schneider, J., Page, J., & Van Nes, F. (2019). “Now I feel much better than in my previous life” : Narratives of occupational transitions in young transgender adults. *Journal of Occupational Science*, 26(2), pp. 219-232. <https://doig.org/10.1080/14427591.2018.1550726>

- Sevelius, J. M. (2013). Gender affirmation: A framework for conceptualizing risk behavior among transgender women of color. *Sex Roles*, 68, pp. 675-689. <http://doi.org/10.1007/s11199-012-0216-5>
- Singh, A. A. (2013). Transgender youth of color and resilience: Negotiating oppression and finding support. *Sex Roles*, 68(11), pp. 690-702. <https://doi.org/10.1007/s11199-012-0149-z>
- Smith-Johnson, M. (2022). Transgender adults have higher rates of disability than their cisgender counterparts. *Health Affairs*, 41(10), pp. 1470-1476. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2022.00500>
- SOS Homophobie (2023). Rapport sur les LGBTIphobies 2023. https://ressource.sos-homophobie.org/Rapports_annuels/Rapport_LGBTIphobies_2023.pdf
- Stassin, B. (2023). Les pratiques informationnelles des personnes transgenres. *Balisages*, 5. <https://doi.org/10.35562/balisages.979>
- 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, pp. 65-77. <http://doi.org/10.1037/sgd0000081>
- The GenIUSS Group. (2014). Best practices for Asking Questions to Identify transgender and Other Gender minority respondents on population-based Surveys. *The Williams Institute*. <https://williamsinstitute.law.ucla.edu/wp-content/uploads/Survey-Measures-Trans-GenIUSS-Sep-2014.pdf>
- Vandendriessche, C. (2022). Combien de jeunes trans en transition médicale en France ? *Mediapart*. <https://blogs.mediapart.fr/claire-vandendriessche/blog/200622/combien-de-jeunes-trans-en-transition-medecale-en-france>
- Veale, J. F. (2023). Transgender-related stigma and gender minority stress-related health disparities in Aotearoa New Zealand: hypercholesterolemia, hypertension, myocardial infarction, stroke, diabetes, and general health. *The Lancet Regional Health - Western Pacific*, 39, 100816. <https://doi.org/10.1016/j.lanwpc.2023.100816>
- Vignaud, A. (2017). Peer support in psychiatry: Recovery, innovation and making sense. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2017.08.006>
- West, C., & Zimmerman, D. H. (1987). *Doing Gender*. *Gender & Society*, 1(2), pp. 125-151. <https://doi.org/10.1177/0891243287001002002>

Whitehead M., Dahlgren G. (2006). Concepts and principles for tackling social inequities in health: Levelling up Part 1. World Health Organization Regional Office for Europe. https://www.enothe.eu/cop/docs/concepts_and_principles.pdf

Wikitrans. (s.d.). Lexique de la transidentité. <https://wikitrans.co/lexique/>

Winkin, Y. (2001). Anthropologie de la communication : de la théorie au terrain. De Boeck Université. <https://doi.org/10.4000/edc.2427>

World Federation of Occupational Therapists (2019). Occupational Therapy and Community-Centred practice. <https://wfot.org/resources/occupational-therapy-and-community-centred-practice>

Wylie, K., Knudson, G., Khan, S. I., Bonierbale, M., Watanyusakul, S., & Baral, S. (2016). Serving Transgender People : Clinical care considerations and service delivery models in transgender health. *The Lancet*, 388(10042), pp. 401-411. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(16\)00682-6](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(16)00682-6)

IX. Annexes

1. Lexique des termes liés aux transidentités inspiré du site internet WikiTrans	I
2. Carte mentale pour initier la recherche	III
3. Recrutement des personnes interrogées	IV
4. Questions des entretiens exploratoires auprès des ergothérapeutes.....	VI
5. Récapitulatif des entretiens exploratoires	VII
6. Formulaire d'information et de consentement	IX
7. Critères d'inclusion et d'exclusion des entretiens semi-directifs.....	XI
8. Guide d'entretien pour les personnes trans	XII
9. Guide d'entretien pour les ergothérapeutes.....	XV
10. Guide d'entretien pour les associations	XX
11. Evolution des hypothèses de travail au fil des entretiens.....	XXIII
12. Grille d'analyse des entretiens avec les personnes trans	XXV
13. Grille d'analyse des entretiens avec les associations	XXXIII
14. Grille d'analyse des entretiens avec les associations	XLIII
15. Schémas récapitulatifs des entretiens avec les personnes trans	L
16. Modèle du stress minoritaire (Meyer, 2003)	LII
17. Adaptation du modèle de stress minoritaire (Testa et al., 2015)	LIII
18. Résumé et abstract	LIV

1. Lexique des termes liés aux transidentités inspiré du site internet WikiTrans

Ce lexique a pour objectif de répertorier les termes spécifiques aux transidentités.

Cisgenre (cis) : Personne en adéquation avec le genre qui lui a été assigné à la naissance en fonction de ses organes génitaux. Une personne cis n'est pas trans.

Coming-in : Fait de prendre conscience de sa propre transidentité.

Coming-out : Annonce volontaire à une ou plusieurs personnes de son identité de genre ou orientation sexuelle. Une personne trans peut être amenée à faire son coming-out à plusieurs moments de sa vie, en fonction de ses proches / ami·es et de sa situation.

Deadname : Prénom assigné à la naissance. Connotation de fardeau.

Dyadique : Se dit de toute personne qui n'est pas intersexuée. Adjectif utilisé pour désigner une personne dont les caractéristiques sexuelles sont typiquement masculines ou féminines à la naissance.

Dysphorie de genre : Sensation d'inconfort, de détresse ou de rejet résultant de son assignation à la naissance. La dysphorie peut être liée au corps et / ou à des codes sociaux.

Expression de genre : Ensemble de caractères visibles et tangibles (corps, vêtements, maquillage, parfum, attitude, voix...) présentés par une personne. Elle ne suffit pas à déterminer le genre d'une personne.

Femme trans : Femme qui a été assignée garçon la naissance.

Homme trans : Homme assigné fille à la naissance.

Identité de genre : Ressenti interne du genre d'un individu, indépendamment de son genre assigné, du regard de la société, de son apparence et de son expression de genre.

LGBTQIA+ : Lesbienne, Gay, Bi, Trans, Queer, Intersexe, Asexuel·le et Aromantique. Le « + » inclut toute identité de genre ou orientation marginalisée.

Mégender : Utiliser un pronom ou des accords qui ne sont pas ceux utilisés par la personne.

Non-binaire : Personne qui n'est ni exclusivement un homme, ni exclusivement une femme. Cela peut être une combinaison (simultanée ou alternée) de genres, une absence (agenre), ou un genre autre. Le vécu des personnes non binaires est incluse dans les vécus trans.

Outing : Révéler l'identité de genre d'une personne contre sa volonté.

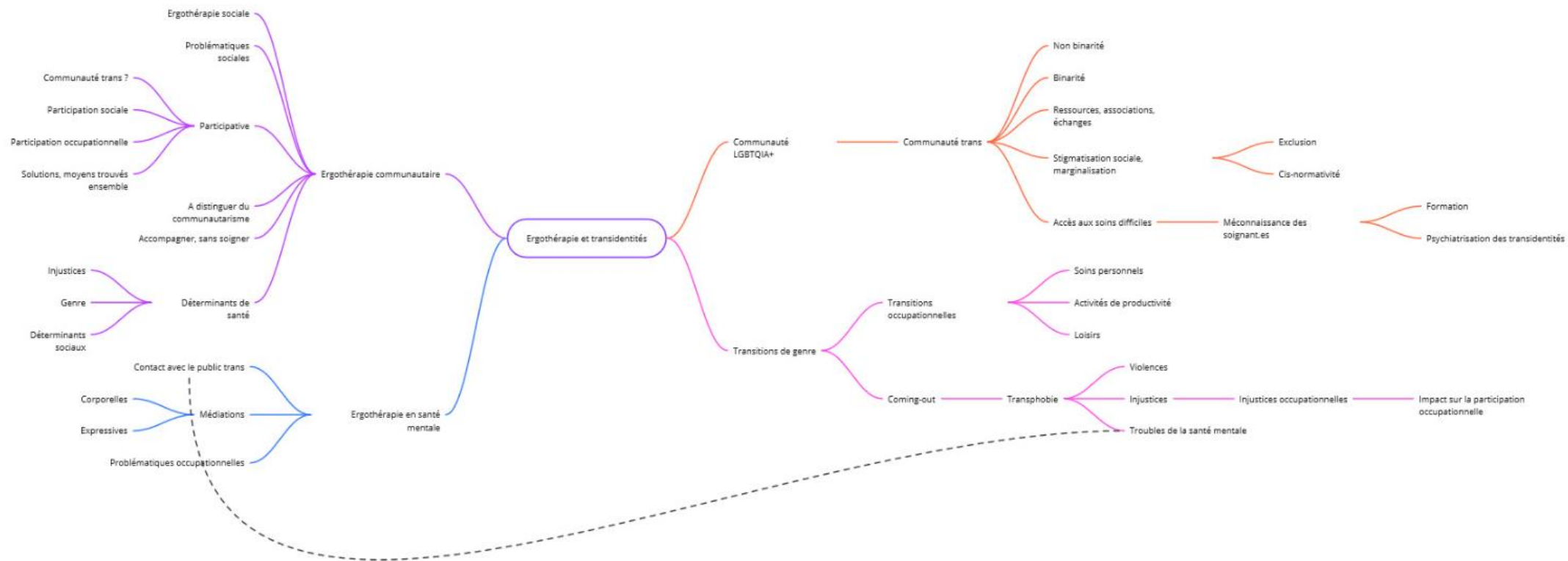
Passing : Terme anglais. Fait de « passer » ou d'être perçu·e, aux yeux des autres, en tant que membre d'un genre différent de celui assigné et ce, sans que la transidentité soit identifiable.

Queer : Ancienne insulte réappropriée par les personnes se revendiquant en dehors des normes hétéro-cis.

Questionnement (en questionnement) : Se dit d'une personne qui se questionne quant à son identité de genre. Parler de questionnement permet à une personne de s'inscrire dans un processus d'exploration de son identité, tout en évitant de se labelliser et de se confronter avec un possible sentiment d'illégitimité.

Transition : Période durant laquelle une personne trans réalise un certain nombre d'actes pour adapter son quotidien à son identité de genre.

2. Carte mentale pour initier la recherche



3. Recrutement des personnes interrogées

Nom de la personne interrogée		Mode de recrutement	Modalités de l'entretien
Phase exploratoire	Ergothérapeute 1	Annonce sur un groupe Facebook destiné à la recherche en formation initiale d'ergothérapie.	Appel téléphonique
	Ergothérapeute 2	Annonce sur un groupe Facebook destiné à la recherche en formation initiale d'ergothérapie.	Appel téléphonique
	Ergothérapeute 3	Contact direct par un terrain de stage d'une proche.	Appel téléphonique
Personnes concernées	Achille	Annonce en « story » Instagram.	Appel téléphonique
	Barbara	Annonce sur un groupe Facebook destiné à la communauté trans.	Appel téléphonique
	Chloé	Contact direct par une proche.	Appel téléphonique
	Daniel	Annonce sur un groupe Facebook destiné à la communauté trans.	Appel téléphonique
Ergothérapeutes	Emile	Annonce sur un groupe Facebook destiné à la recherche en formation initiale d'ergothérapie.	Appel en visioconférence
	Félix	Annonce sur un groupe Facebook destiné à la pratique de l'ergothérapie en santé mentale au Québec.	Appel en visioconférence
	Gaëlle	Annonce sur un groupe Facebook destiné à la recherche en formation initiale d'ergothérapie.	Appel en visioconférence
Associations	Hazel et Ilyès (Association n°1)	Contact direct sur les réseaux sociaux.	Appel téléphonique
	Jules et Kylian (Association n°2)	Contact direct par formulaire de contact sur leur site internet.	Appel en visioconférence

— **Annonce publiée sur groupe Facebook destiné à la recherche en formation initiale d'ergothérapie**

[Ergothérapie et transidentités]

Bonjour,

Je suis étudiante en 3ème année à l'IFE de Rouen. J'ai choisi pour sujet de mémoire les transidentités et l'ergothérapie. Je m'intéresse pour le moment particulièrement aux transitions occupationnelles lors des parcours de transitions de genre.

Je cherche le contact d'un.e ergothérapeute ayant travaillé de près ou de loin avec un.e patient.e trans / en questionnement sur son identité de genre? Et ce, même sans que la question de la transidentité ait été abordée lors de l'accompagnement en ergothérapie.

Je vous remercie par avance pour votre aide et reste ouverte à toutes vos questions et réflexions. N'hésitez pas à me contacter : capucine.michel@hotmail.fr.

— **Annonce publiée sur un groupe Facebook destiné à la communauté trans**

Bonjour ! Je suis étudiante ergothérapeute (Rouen). Je réalise mon travail de recherche de fin d'études sur l'accompagnement des personnes trans en ergothérapie, spécifiquement autour des interactions sociales. Je m'intéresse également à une possible collaboration entre ergothérapeutes et milieu associatif trans. Je cherche à échanger avec des personnes trans. L'objectif des entretiens que je propose est d'échanger ensemble pour comprendre vos expériences en matière d'occupations (activités), ainsi que vos expériences avec le système de santé et au sein de la communauté trans. Pour plus d'informations sur les modalités de l'entretien, vous pouvez me contacter par commentaire sous cette annonce, par message privé sur Facebook ou Instagram, ou encore par mail. Merci beaucoup.

Capucine MICHEL (elle).

4. Questions des entretiens exploratoires auprès des ergothérapeutes

- Avez-vous accompagné des personnes trans ou en questionnement sur leur identité de genre ?
- Comment la transidentité était abordée avec la personne ? Était-ce un sujet abordé en ergothérapie ? Comment ?
- Quelles peuvent être les difficultés occupationnelles en lien avec la transidentité ? Les avez-vous observés ?
- Quel·les autres professionnel·es intervenaient auprès de cette personne ? Quelle place prenait l'équipe dans l'accompagnement de cette personne ?

5. Récapitulatif des entretiens exploratoires

Entretien n°1		Entretien n°2	Entretien n°3
<p><u>Première expérience</u></p> <p>Exercice en réinsertion socio professionnelle pour jeunes avec un TSA.</p> <p>Accompagnement d'un jeune adulte dans un parcours de transition.</p> <p>Question de l'identité au centre (comment se présenter). Transition administrative pas encore débutée.</p> <p>En ergothérapie : réassurance, travail de l'estime de soi, entraînement à se présenter dans le groupe, sensibilisation des proches / collègues par l'ergothérapeute,</p>	<p><u>Seconde expérience</u></p> <p>Exercice en unité de première épisode psychotique.</p> <p>Accompagnement d'une jeune adulte dans un parcours de transition.</p> <p>Pas d'accompagnement particulier. Question de l'acceptation, du regard des autres dans le service et à l'extérieur (courses, déplacements), partiellement en lien avec la transidentité.</p> <p>Questionnements et débats en équipe sur le prénom à utiliser, le changement n'étant pas effectif</p>	<p>Exercice en psychiatrie et pédopsychiatrie.</p> <p>Rapporte des changements de pronoms et prénoms, des questionnements très fréquents en pédopsychiatrie.</p> <p>Sujet abordé principalement par la prise hormonale (bloqueurs de puberté). Lien avec l'endocrinologue.</p> <p>En ergothérapie : ateliers en groupe (collage, poterie, dessin, découpage, écriture, lecture) autour de thèmes comme « passé, présent, futur » qui permettent d'aborder l'idée de transition. Médiation poterie particulièrement investie pour aborder le rapport au corps (en poteries créent spontanément des organes génitaux).</p> <p>Préparation à la sortie (réagir en cas de mégenrage), nombreuses déscolarisation ou phobie sociale.</p> <p>Mise en place d'une boîte à idées : nombreux jeunes souhaitent parler de la communauté LGBTQIA+ et de sexualité.</p>	<p>Exercice en pédopsychiatrie (TCA).</p> <p>Sujet abordé par l'endocrinologue essentiellement. Mentionne l'importance du milieu associatif (groupes de pair-es).</p> <p>Réflexion d'équipe sur l'utilisation des pronoms et prénoms, considérations législatives, éthiques et morales.</p> <p>Utilisation des pronoms binaires seulement, en accord avec les parents et après changement administratif.</p> <p>Proposition de tester les pronoms souhaités au sein des groupes.</p> <p>Discussions lors d'un groupe sur « l'identité » : propice au coming-out, aux échanges, questions.</p> <p>Mémediation balnéothérapie propice pour travailler la relation au corps.</p> <p>Difficilement supportable pour certaines personnes trans.</p> <p>Désengagement occupationnel en lien avec une relation au corps difficile (soins</p>

<p>accompagnement sur les soins personnels (difficultés à voir son corps nu, automutilations partiellement liées à une dysphorie de genre), Collaboration avec la neuropsychologue, l'éducateur spécialisé et le job coach. Difficultés rencontrées par l'ergothérapeute : utilisation des pronoms (avant la transition administrative).</p>	<p>administrativement. Se questionne sur l'impact de la transition sur l'équilibre occupationnel avant et après la transition : ajout des rendez-vous médicaux.</p>	<p>Manque de formation des équipes. Utilisation des deadname par l'équipe soignante sauf si accord des parents (pratique mise en place pour préserver la relation avec les parents et pour ne pas fixer l'identité du jeune). Pour les personnes majeures, utilisation des pronoms et prénoms choisis.</p>	<p>personnels : hygiène, accès aux soins). Ouvre la discussion sur la possibilité d'accompagner hors du champ du soin, sans passer par la pathologie (ergothérapie communautaire). Frontière avec le militantisme. Questionnements autour des modalités et des compatibilités de l'exercice dans la culture française. Mentionne rencontrer souvent l'association TSA et transidentité.</p>
---	--	---	---

6. Formulaire d'information et de consentement

Vous êtes invité·e à participer à un projet d'initiation à la recherche. Le présent document vous renseigne sur les modalités de ce projet d'initiation à la recherche. S'il y a des points que vous ne comprenez pas, vous pouvez me contacter.

Pour participer à ce projet, vous devrez signer le consentement à la fin de ce document. Vous garderez une copie et me renverrez le formulaire daté et signé.

Titre du projet : L'accompagnement des personnes trans en ergothérapie.

Personne responsable du projet : Ce projet d'initiation à la recherche est sous la responsabilité de Capucine MICHEL dirigé par Eva MORELLATO et a lieu dans le cadre du mémoire d'initiation à la recherche du diplôme d'Etat d'ergothérapeute.

Raison et nature de la participation : Votre participation sera requise pour un entretien semi-directif d'une durée d'environ 45 minutes. Cet entretien se déroulera par téléphone ou par Zoom selon votre convenance.

Droit de retrait sans préjudice de la participation : Il est entendu que votre participation à ce projet d'initiation à la recherche est tout à fait volontaire. Vous restez libre, à tout moment, de mettre fin à votre participation sans avoir à motiver votre décision ni à subir de préjudice de quelque nature que ce soit.

Confidentialité, partage, surveillance et publications : Durant votre participation à ce projet d'initiation à la recherche, la chercheuse responsable recueille les renseignements vous concernant. Seuls les renseignements nécessaires à la bonne conduite du projet de recherche seront recueillis. Tous les renseignements recueillis au cours du projet de recherche demeureront strictement confidentiels dans les limites prévues par la loi.

Enregistrement audio : Cet entretien fera l'objet d'un enregistrement audio à des fins d'analyse des données recueillies. Il sera exploité uniquement dans le cadre de ce projet d'initiation à la recherche. A l'issue de l'étude, la bande audio sera détruite ainsi que les éventuelles notes pouvant en découler.

Résultats de la recherche : Si vous le souhaitez, vous serez informé-e des résultats obtenus à la suite de cette étude via l'envoi du dossier écrit de ce projet d'initiation à la recherche.

Déclaration de responsabilité de la chercheuse de l'étude :
Je, MICHEL Capucine, m'engage à respecter les obligations énoncées dans ce document et également à vous informer de tout élément susceptible de modifier la nature de votre consentement.

Signature de la chercheuse :

Le 10/02/2024,

A Rouen,



Signature de l'interviewé·e :

7. Critères d'inclusion et d'exclusion des entretiens semi-directifs

	Groupe de personnes trans	Groupe d'ergothérapeutes	Groupes d'associations communautaires trans
Critères d'inclusion	Personne s'identifiant comme personne trans (principe d'autodétermination).	Ergothérapeute ayant accompagné ou accompagnant une personne trans, exerçant en France ou à l'étranger.	Membre d'une association communautaire trans.
Critères d'exclusion	Personne mineure ; ne comprenant ou ne parlant ni le français ni l'anglais, ne souhaitant pas participer à l'étude selon les modalités définies dans le formulaire de consentement.		
	Personne n'étant pas concernée par la transidentité, ne respectant pas les variables de contrôle définies pour le groupe des personnes trans.	Personne n'ayant jamais accompagné des personnes trans.	

8. Guide d'entretien pour les personnes trans

Les éléments figurant sur fond rouge sont les éléments permis par l'évolution inductive et ajoutés au fil des entretiens.

Thèmes	Critères	Indicateurs	Questions
			Quel(s) pronom(s) souhaitez-vous utiliser ?
L'enquêté·e	Profil de l'enquêté·e	Âge	Quel âge avez-vous ?
		Parcours de vie trans	Pouvez-vous me raconter votre parcours de vie, en lien avec votre transidentité ?
		Vécu lié au parcours de vie trans	Comment avez-vous vécu / vivez-vous votre parcours trans ?
La population trans	Environnement social	Rôles	Quels rôles sociaux remplissez-vous dans votre quotidien ? Par exemple : parent, ami.e, partenaire, adelphe, collègue, bénévole
		Impact de la transidentité sur les rôles	Comment ces rôles ont-ils évolués ? Ont-ils été modifiés par la transidentité ?
		Interactions sociales et stress minoritaire	Comment la transidentité a influé, a modifié vos interactions sociales ? Les interactions sociales pouvaient-elles ou peuvent-elles être source de stress ? Ce stress est-il en lien avec la transidentité ?
		Transphobie	Dans votre vie quotidienne, êtes-vous ou avez-vous été confronté·e personnellement ou non à la transphobie ? De quelle façon ?

	Transitions occupationnelles	Désengagement occupationnel	Y a-t-il des activités/ des occupations que vous avez arrêté en lien avec votre transidentité, que ce soit par contrainte ou par choix ? Si oui, pouvez-vous m'expliquer ce qui a conduit à cet arrêt ?
		Engagement dans de nouvelles occupations	A l'inverse, y a-t-il des activités / des occupations que vous avez débuté en lien avec votre transidentité, que ce soit par contrainte ou par choix ? Si oui, pouvez-vous m'expliquer ce qui a motivé votre participation à cette activité ?
L'accompagnement du public trans en ergothérapie	Les enjeux de santé en lien avec la transidentité	Relation avec le milieu de la santé	Pouvez-vous m'expliquer vos expériences en matière de santé, qu'elles soient liées ou non à votre parcours de transition ? Pouvez-vous me raconter votre relation avec le milieu de la santé ?
		Transphobie au sein du milieu de la santé	Au sein du système de santé, êtes-vous ou avez-vous été confronté-e personnellement ou non à la transphobie ? De quelle façon ?
		Accès aux soins	Selon vous, comment votre transidentité influe-t-elle sur votre accès aux soins c'est-à-dire votre facilité à bénéficier des soins dont vous avez besoin ?

	Connaissance de l'ergothérapie	Définition de l'ergothérapie	Connaissez-vous l'ergothérapie ? Si oui, comment pourriez-vous la définir ?
		Rencontre avec l'ergothérapie	Avez-vous déjà rencontré un·e ergothérapeute ? Si oui, dans quel contexte était-ce ?
	Intérêt de l'ergothérapie	Modalités d'un accompagnement en ergothérapie	Selon vous, quel intérêt y aurait-il à intégrer l'ergothérapie dans l'accompagnement des personnes trans ? Pour quelles problématiques ? De quelle manière pourrait se faire cet accompagnement ? Dans quel lieu ?
La communauté trans	Place de la communauté au sein de parcours de vie trans	Intérêt de la communauté	Pour vous, quelle place prend la communauté trans (et plus largement la communauté LGBTQIA+) dans votre vie, et dans votre parcours de vie trans ? Comment cela se traduit-il ?
Le milieu associatif	Expérience avec le milieu associatif trans	Apport du milieu associatif pour les personnes trans	Avez-vous été au contact ou êtes-vous au contact du milieu associatif trans ? Si oui, pouvez-vous s'il vous plaît me raconter votre lien avec ce dernier ?
Autres			Voulez-vous ajouter certains éléments ou certaines précisions ? Avez-vous des questions ?

9. Guide d'entretien pour les ergothérapeutes

Thèmes	Critères	Indicateurs	Questions
			Quel(s) pronom(s) souhaitez-vous utiliser ?
L'enquête-e	Profil de l'ergothérapeute	Lieu d'exercice actuel	Dans quelle(s) structure(s) travaillez-vous aujourd'hui ?
		Parcours professionnel	Pourriez-vous décrire le parcours professionnel vous ayant mené à ce poste s'il vous plaît ?
	Public accompagné	Profil du public global	Quel est le public que vous rencontrez aujourd'hui en tant qu'ergothérapeute ?
	Public trans	Fréquence de l'accompagnement du public trans	A quelle fréquence accompagnez-vous des personnes trans ?
		Troubles rencontrés dans le public trans	S'il y en a, quels sont les principaux troubles des personnes trans que vous accompagnez ?
La population trans	La situation occupationnelle du public trans	Motifs de l'adressage en ergothérapie	Pour quels motifs les personnes trans sont-elles adressées en ergothérapie ?
		Problématiques occupationnelles rapportées par le public trans	Quelles problématiques occupationnelles rapportent les personnes trans, si elles en rapportent ?
		Problématiques occupationnelles observées par l'ergothérapeute	Quelles problématiques occupationnelles observez-vous chez le public trans, si vous en observez ?
		Transitions occupationnelles	Selon vos expériences, comment les transitions de genre influent-t-elles sur les occupations ?

L'accompagnement du public trans en ergothérapie	Mise en place de la relation thérapeutique	Éléments facilitants ou obstacles	Quels ont été les éléments facilitateurs et obstacles à la mise en place d'une alliance thérapeutique avec ce public ? Quelle est la spécificité de cette relation ?
		Recueil de données	Comment et à quel moment abordez-vous le sujet de la transidentité avec la personne concernée ?
	Moyens d'action	Spécificité de l'accompagnement des personnes trans	Quels types d'accompagnement proposez-vous auprès des personnes trans ? Cet accompagnement est-il spécifique aux transidentités ?
	Besoins du public trans	Besoins rapportés par le public	Quels sont les besoins rapportés par les personnes trans ? Expriment-elles des besoins autour de la transition sociale, des relations, des interactions sociales ? Lesquels ?
		Moyens pour répondre aux besoins exprimés	Quels sont les moyens que vous utilisez ou pourriez utiliser en ergothérapie pour travailler autour de ces besoins ? Quels sont les moyens spécifiques pour répondre aux difficultés dans les interactions sociales ?
	Moyens d'action	Mise en situation et accompagnement en ergothérapie	Utilisez-vous la mise en situation dans le cadre de l'accompagnement des personnes trans en

			ergothérapie ? Si oui, comment et avec quels objectifs ? Si non, selon vous, comment et pour quels objectifs la mise en situation peut être utilisée en ergothérapie ?
		Mise en situation et travail des interactions sociales	Selon vous, comment la mise en situation pourrait-elle permettre de travailler spécifiquement les difficultés dans les interactions sociales ?
		Modalités d'accompagnement	Proposez-vous des accompagnements en groupe ? Si oui, s'agit-il de groupe de personnes trans exclusivement ? Quel est l'intérêt du groupe ?
	Interdisciplinarité	Apports et obstacles du travail interdisciplinaire	L'accompagnement des personnes trans fait-il l'objet d'un travail interdisciplinaire ? Si oui, avec qui ? Quels sont les apports et obstacles d'une telle collaboration ? Si non, cela constitue-t-il une limite ? En quoi ?
	Formation	Sentiment de compétence des ergothérapeutes	Comment estimez-vous votre niveau de formation sur l'accompagnement de ce public ? De quoi dépend ce niveau ? Qui pourrait prodiguer des formations sur le sujet ?

La communauté trans	Place de la communauté trans	Place dans la vie des personnes trans	Selon vous, quelle place ou quelle importance prend la communauté trans (ou plus largement la communauté LGBTQIA+) dans la vie des personnes trans ?
		Place dans l'accompagnement en ergothérapie	Selon vous, quelle place peut prendre ou prend la communauté trans (ou plus largement la communauté LGBTQIA+) dans l'accompagnement en ergothérapie ?
	Pratique de l'approche communautaire en ergothérapie	Connaissance de l'approche communautaire	Connaissez-vous et adoptez-vous une approche communautaire de la santé ? Si oui, comment cette approche se traduit-elle dans votre pratique ?
		Compatibilité avec la pratique en ergothérapie	Une approche communautaire vous semble-t-elle compatible à une pratique ergothérapique ? Pourquoi ?
		Intérêt de l'approche communautaire en ergothérapie, auprès des personnes trans	En quoi, selon vous, cette approche peut-elle présenter un intérêt dans l'accompagnement du public trans en ergothérapie ?
Le milieu associatif	Collaboration avec le milieu associatif	Intérêt de la collaboration avec le milieu associatif	Êtes-vous en lien avec une association / un organisme du milieu trans ? Si oui, en quoi consiste votre collaboration ? Si non, selon vous, quel peut être l'intérêt une collaboration entre ergothérapeutes et milieu

			associatif trans ?
	Place de l'ergothérapeute au sein du milieu associatif	Missions de l'ergothérapeute au sein du milieu associatif	Selon vous, quelle place existe-t-il pour l'ergothérapeute au sein des associations ?
		Lien avec le milieu hospitalier	Quel lien existe-t-il entre le milieu hospitalier et le milieu associatif ? Y a-t-il des interventions du milieu associatif dans le milieu hospitalier, ou inversement ? Comment les professionnel·les de santé pourraient accueillir ou accueillent une telle intervention, selon vous ?
Autres			Voulez-vous ajouter Certains éléments ou certaines précisions ? Avez-vous des questions ?

10. Guide d'entretien pour les associations

Thèmes	Critères	Indicateurs	Questions
			Quel(s) pronom(s) souhaitez-vous utiliser ?
L'enquêté.e	Présentation de l'association	Missions de l'association	Pouvez-vous décrire globalement l'association s'il vous plaît ? Quelles sont les missions principales ?
		Rôle associatif	Quel est votre rôle / statut au sein de cette association ?
	Profil de l'enquêté.e	Parcours dans l'association	Depuis combien de temps faites-vous partie de l'association ? Comment avez-vous connu cette association ?
La population trans	Profil de la population de l'association	Public cible	A qui est destinée cette association ? Quels sont les profils des personnes fréquentant l'association ? S'agit-il d'une association communautaire ? Que représente le terme « communautaire » pour vous ?
		Besoins et demandes du public	Que recherchent les personnes en intégrant l'association ? Pour quelles demandes les personnes se rapprochent-elles de l'association ?
	Accompagnement par l'association	Limites de l'accompagnement	S'il y en a, quelles sont les demandes auxquelles l'association ne peut pas répondre ?
		Interdisciplinarité	Avez-vous déjà été amenée, en tant qu'association, à collaborer

			avec d'autres associations ou avec d'autres professionnel·les de santé ? Si oui, avec qui ?
L'accompagnement du public trans en ergothérapie	Enjeux de santé en lien avec la transidentité	Expériences avec le milieu de la santé	Quelles sont les expériences avec le milieu de la santé que rapportent les personnes trans ?
		Difficultés vécues par les personnes trans dans le milieu de la santé	Comment s'expliquent selon vous les difficultés rencontrées par les personnes trans dans le milieu de la santé ? Quels sont les obstacles qui vous semblent les plus importants ? Quels peuvent être selon vous les leviers pour pallier ces difficultés ?
		Lien entre association et professionnel·les de santé	Quel lien l'association a-t-elle avec les professionnel·les de santé ? Intervenez-vous ou pensez-vous pouvoir intervenir auprès d'étudiant·es en santé / en ergothérapie ? Dans des services hospitaliers ?
		Formation des professionnel·les de santé	Comment estimez-vous le niveau de formation ou d'information des professionnel·les de santé sur l'accueil et l'accompagnement du public trans ?
	Connaissance de l'ergothérapie	Définition de l'ergothérapie	Connaissez-vous l'ergothérapie ? Si oui, comment pourriez-vous la définir ?
Intérêt de l'ergothérapie	Modalités d'un accompagnement	Selon vous, quel intérêt peut présenter l'ergothérapie dans	

		en ergothérapie	l'accompagnement de certaines problématiques en lien avec la transidentité ? Si oui, pour quelles problématiques ? De quelle manière pourrait se faire cet accompagnement (lieux) ?
La communauté trans	Place de la communauté trans dans le milieu de la santé	Intérêts et limites de la place de la communauté trans dans le milieu de la santé	Selon vous, quelle place peut prendre ou prend la communauté trans (ou plus largement la communauté LGBTQIA+) dans le milieu de la santé ? Dans l'accompagnement en ergothérapie ? Quels intérêts et limites une telle place peut apporter ?
Autres			Voulez-vous ajouter certains éléments ou certaines précisions ? Avez-vous des questions ?

11. Evolution des hypothèses de travail au fil des entretiens

Hypothèses de travail initiales	Éléments permettant l'évolution	Hypothèses de travail évoluées
H1-1: Par la collaboration avec le milieu associatif et par une approche communautaire, il serait possible de créer un premier environnement de rencontre entre personnes trans et ergothérapeutes. Cet espace pourrait être propice à une meilleure compréhension des transitions du point de vue des interactions sociales, de la part des ergothérapeutes.	Le manque de cohérence entre les professionnel·les et le manque de formation augmente la difficulté d'accès aux soins liés aux transitions, et augmente le stress de recevoir des propos transphobes	H1-2: Par la collaboration avec le milieu associatif et par une approche communautaire, il serait possible de créer un premier environnement de rencontre entre personnes trans et ergothérapeutes. Cet espace pourrait être propice à une sensibilisation autour des besoins d'accompagnement des personnes trans.
H1-2	Les ergothérapeutes expliquent manquer de connaissances sur les transidentités et les spécificités qu'elles impliquent dans l'accompagnement, mais aussi ne pas assez connaître le milieu associatif communautaire pour se projeter dans une collaboration. De même, il leur est difficile d'identifier la plus-value de l'ergothérapie dans ce contexte.	H1-3 : Par la collaboration avec le milieu associatif et par une approche communautaire, il serait possible de créer un premier environnement de rencontre entre personnes trans et ergothérapeutes. Cet espace pourrait être propice à une sensibilisation autour des besoins d'accompagnement des personnes trans ainsi qu'à une meilleure compréhension des ressources déjà disponibles dans le milieu associatif.
H1-3	Les associations accompagnent les personnes trans ainsi que les professionnel·les de santé en leur proposant des formations. Les associations se révèlent être des ressources mobilisées par la communauté accompagnant à la résilience individuelle et communautaire.	H1-4a : Par la collaboration avec le milieu associatif et par une approche communautaire, il serait possible de créer un premier environnement de rencontre entre personnes trans et ergothérapeutes. Cet espace pourrait être propice à une formation par la communauté sur les besoins spécifiques.

		H1-4b : La formation des ergothérapeutes à l'accompagnement de la communauté trans permettrait une meilleure connaissance des facteurs de stress auxquelles la communauté trans fait face. Elle permettrait également une meilleure connaissance des facteurs de résilience afin de s'en saisir en ergothérapie.
H2-1 : L'ergothérapeute pourrait accompagner les difficultés dans les interactions sociales des personnes trans par les mises en situation.	Les personnes trans verbalisent une appréhension des interactions sociales et anticipent les événements négatifs dans leur quotidien, les conduisant à se désengager des occupations. Les expériences vécues de transphobie augmentent cette appréhension.	H2-2 : L'ergothérapeute pourrait accompagner les difficultés dans les interactions sociales des personnes trans par l'entraînement lors de mises en situation de scènes du quotidien jugées difficiles, qu'elles soient vécues ou imaginées.
H2-2	Les ergothérapeutes utilisent préférentiellement la mise en situation pour évaluer les capacités. Cependant, le groupe est davantage mobilisé pour entraîner aux interactions sociales.	H2-3 : L'ergothérapeute pourrait accompagner les difficultés dans les interactions sociales des personnes par l'entraînement aux interactions sociales au sein de groupes.

12. Grille d'analyse des entretiens avec les personnes trans

Thèmes	Indicateurs	Critères	Entretien n°1 (Achille)	Entretien n°2 (Barbara)	Entretien n°3 (Chloé)	Entretien n°4 (Daniel)
			Il	elle	elle	il
L'enquêté·e	Profil de l'enquêté·e	Âge	19	36	53	18
		Parcours de vie trans	A 17 ans, Achille se questionne car ne correspond pas aux stéréotypes de genre (sur les soins personnels). Effectue des recherches sur internet sur la communauté LGBTQIA+, s'interroge sur une potentielle non-binarité puis se retrouve finalement en tant qu'homme trans. Affirme progressivement son genre par expression de genre masculine.	A 30 ans, Barbara était en couple avec une femme avec laquelle elle a deux enfants, quand elle parvient à « mettre des mots sur ce mal être » en s'identifiant comme femme. Débute sa transition à 30 ans, entame une prise d'hormones. « Virage à 180 degrés clairement j'étais plutôt à jouer un petit peu la virilité maintenant je suis ultra féminine ». En couple avec son conjoint depuis quatre ans.	Décrit « toujours avoir voulu être une fille », avoir été assez féminine jusqu'au service militaire qu'elle effectue à 18 ans. Rencontre ensuite sa femme et a trois enfants avec elle. A la naissance du deuxième enfant, il y a 25 ans, Chloé retrouve une apparence plus féminine. Décide d'entamer « son parcours pour devenir vraiment une femme » il y a un an.	Explique avoir compris sa transidentité à partir de 12-13 ans et s'être affirmé trans à partir de 14-15ans. Pensait initialement être lesbienne, puis a finalement compris que « c'était pas ça, qu'il y avait quelque chose en plus, mais je ne savais pas quoi ». Au début, Daniel explique qu'il ne connaissait « rien du tout à ça » alors il a souhaité se renseigner.

		Vécu lié au parcours de vie trans	« Je l'ai vécu comme une évidence quand j'ai compris », Questionnements nombreux, vécu difficile surtout au début de la transition	« Finalement plutôt sereinement honnêtement tout n'a pas été heureux évidemment notamment quand il a fallu l'annoncer à mes proches »	« Je l'ai vécu pas très très bien au début comme j'étais toujours en train entre guillemets se cacher et faire double jeu on va dire être un garçon la journée et le soir à la maison être une fille ça a été très très dur pendant des années » « maintenant je suis bien dans ma peau je suis moins malade »	Peu développé durant l'entretien, rapporte avoir un black-out d'une partie de son parcours de transition
La population trans	Environnement social	Rôles	Ami, frère, enfant, petit-fils	Amie, « mamoune », collègue, conjointe	Amie, parent, collègue, épouse	Ami, petit-enfant, alternant
		Impact de la transition sur les rôles	« Les relations n'ont pas bougé, je suis toujours la même personne » ;	Changement majeur dans ses relations sentimentales, dans ses relations avec ses amies (aborde des questions d'intimité avec elles) et avec sa fille (davantage complices)	« Plus zen plus cool parce qu'avant je m'énervais beaucoup quand j'étais garçon peut-être parce que j'étais pas bien dans ma peau »	« Je suis comme une personne ordinaire, on va dire, avec un petit truc en plus. » Pas d'impact rapporté sur les rôles.

		Interactions sociales	Source de stress importante Appréhension, questionnements permanents sur comment réagir en cas de mégenrage Particulièrement compliqué avant la prise hormonale	Source de stress particulièrement au début de la transition Préoccupée par son passing, sa voix « Surjouait la féminité », « Recherchait l’approbation des hommes », besoin d’être reconnue comme une femme Entourage soutenant A perdu quelques relations en lien avec sa transidentité	Source de stress particulièrement au début de la transition, peur du regard de l’autre Evoque avoir pris confiance en elle en ayant une expression de genre plus féminine (perruques, poitrines en silicone, épilation laser) Reconnaissance de son genre par ses collègues de travail	Source de « stress constant » Aujourd’hui ne révèle pas sa transidentité dans certaines sphères pour se préserver de la transphobie Questionnements fréquents
		Transphobie	A échangé avec un professeur tenant des propos transphobes, ignorant la transidentité d’Achille	Confrontation personnelle avec la transphobie, au sein du milieu de la santé, du milieu festif et du milieu professionnel	Pas de confrontation avec la transphobie	Confrontation personnelle avec la transphobie dans l’espace public, au sein du milieu scolaire, professionnel et dans le milieu de la santé
	Transitions occupationnelles	Désengagement occupationnel	Arrêt de la pratique en club de danse, de karaté, de musique Relation à son corps et	Arrêt du football en club en équipe masculine, par manque de temps avant la transition	« Je fais toujours la même chose » Décrit les mêmes occupations, avec	Arrêt de la pratique de la natation, en lien avec une relation difficile à son corps, à des « crises de

			<p>au regard des autres difficile</p> <p>Explique en partie l'arrêt par une « Envie de tourner la page quoi pas envie que les gens m'associent à ce que j'étais avant »</p>	<p>Pas de reprise envisagée</p> <p>« plus compliqué de reprendre une activité dans un sport collectif en étant pas opérée »</p>	<p>toutefois une façon de faire différente (vêtements pour le bricolage par exemple)</p>	<p>dysphorie » de genre</p> <p>Arrêt partiel de la pratique de l'éducation physique et sportive à l'école</p> <p>Dit préférer s'ennuyer que de devoir se rendre à la piscine</p>
		<p>Engagement dans de nouvelles occupations</p>	<p>Pratique la musculation</p> <p>Importance du sport, lui permet d'accepter davantage son corps.</p> <p>Arrêt du sport en salle collective il y a quelques mois car questionnements incessants (peur de se faire « remarquer »)</p>	<p>Pratique la pole-dance et la danse africaine, en club</p> <p>Pour « apprivoiser [sa] féminité », a amélioré le rapport à son corps</p> <p>Fait du shopping, fait davantage la cuisine pour « se conformer au rôle qu'on peut attendre d'une mère de famille »</p>	<p>Pratique davantage d'activités physiques et sportives dont la marche à pied et le « yoga féminin » seule au domicile, quotidiennement</p> <p>Fait davantage attention à son alimentation</p>	<p>A changé d'établissement de formation en lien avec les expériences de transphobie</p>
<p>L'accompagnement du public trans en</p>	<p>Les enjeux de santé en lien avec la transidentité</p>	<p>Relation avec le milieu de la santé</p>	<p>Complexité des démarches administratives, manque de cohérence</p>	<p>Se dit « plutôt bien accompagnée »</p> <p>Regrette le fait que les professionnel·les « s'arrêtent</p>	<p>Est suivie par un médecin généraliste, une psychiatre, un endocrinologue, un</p>	<p>A été accompagné par un psychiatre et des psychologues pour pouvoir réaliser des</p>

ergothérapie	é		<p>entre professionnel·les</p> <p>Représente un temps important dans son quotidien « c'est pas une corvée quoi c'est une occupation qui est liée à mon identité, à ma vie, à moi-même »</p> <p>Bénéficiaire de l'ALD pour transidentité</p> <p>Suivi par une psychologue pour avoir accès à l'hormonothérapie</p>	<p>à l'aspect médical à l'aspect physique »</p>	<p>cardiologue, une esthéticienne, une orthophoniste</p> <p>Bénéficiaire de l'ALD pour transidentité</p> <p>Dans l'attente que les professionnel·les de santé lui donnent l'accord pour accéder aux hormones et à la chirurgie</p>	<p>changements administratifs</p> <p>A reçu le diagnostic de trouble de la personnalité borderline il y a quelques mois, ce qui l'a interrogé sur un potentiel lien avec sa transidentité. Les professionnel·les ont adopté une posture rassurante : « ce n'est pas parce que tu es borderline qu'on ne te croira plus sur ce fait-là ».</p>
		Transphobie au sein du milieu de la santé	<p>N'a pas été exposé à de la transphobie au sein du milieu de la santé « tout le contraire même »</p>	<p>Exposée à de la transphobie avec une psychologue au début de la transition qui la mégenrait, « j'ai senti qu'elle le faisait exprès »</p> <p>A reçu une « remarque » d'une pharmacienne lors de la délivrance d'hormones</p>	<p>N'a pas été exposée à de la transphobie au sein du milieu de la santé</p>	<p>Exposé à de la transphobie de la part d'un·e professionnel·le de santé ayant remis en question sa transidentité</p> <p>A un rendez-vous prochainement avec un médecin dont il connaît la</p>

				Majoration du stress		potentielle transphobie, source de stress
	Accès aux soins	En difficulté pour prendre un rendez-vous auprès d'un·e professionnel·le qui verra son corps (ostéopathe), particulièrement si c'est un homme Pas de problématique d'accès aux soins en lien avec la transition	Changement de médecin traitant car se sent plus à l'aise avec les professionnelles lorsqu'une auscultation est nécessaire Se tourne vers une sage-femme car elle s'est « retrouvée un peu perdue face à mon désir féminin qui naissait »	Sa psychiatre lui a donné une fiche avec des numéros de téléphone, ce qu'elle décrit comme facilitant pour prendre contact avec les professionnel·les	Difficultés d'accès à certains soins : « je n'ose pas prendre rendez-vous car je ne me sens pas apte à aller tellement je ne me sens pas assez bien dans mon corps actuellement pour aller à la gynécologue », de même pour les mammographies	
	Connaissance de l'ergothérapie	Définition	Ne connaît pas l'ergothérapie	Ne connaît pas l'ergothérapie	Ne connaît pas l'ergothérapie	Connait peu l'ergothérapie
		Rencontre	N'a jamais rencontré d'ergothérapeute	N'a jamais rencontré d'ergothérapeute	N'a jamais rencontré d'ergothérapeute	N'a jamais rencontré d'ergothérapeute
	Intérêt de l'ergothérapie	Modalités d'un accompagnement en ergothérapie	« Ça reste aux besoins de la personne » Thèmes évoqués : « acceptation de soi », « gestion du stress », isolement social,	« Les bouleversements sont si importants à tous les niveaux au niveau corporel mais aussi au niveau psychique ça nécessite aussi une adaptation dans	Rapporte le cas d'une amie ayant « peur de parler aux gens peur de s'ouvrir », « elle est souvent en garçon quand elle sort », pense qu'un	Pense particulièrement à l'accès aux loisirs sportifs, pour « rassurer » les personnes sur les actions qu'elles entreprennent

			difficultés dans les interactions sociales « En cabinet, en association pour en parler en groupe » ou « en visio » pour le confort et la sécurité	notre quotidien » Evoque un besoin dans la pratique professionnelle, dans les loisirs et dans les activités du quotidien (choix des vêtements et sous-vêtements décrit comme le « premier contact avec la féminité »)	accompagnement en ergothérapie serait adapté pour les difficultés dans les interactions sociales	Modalité : sur demande des associations communautaires, ou en cabinet
La communauté trans	Place de la communauté au sein de parcours de vie trans	Intérêt, apport de la communauté	Participe à la pride tous les ans, a un drapeau trans dans sa chambre, suit sur Instagram des comptes de communauté LGBTQIA+ n'est pas « sans arrêt à revendiquer cette communauté »	« Assez peu de place » S'est rapprochée d'associations LGBTQIA+ Fait partie de groupes de personnes trans sur les réseaux sociaux, y décrit à la fois des échanges intéressants et une « fétichisation des femmes trans », des sollicitations sexuelles d'hommes cis par messages privés, l'a conduit à une « méfiance » vis-à-vis des hommes	Explique ne pas avoir besoin d'un groupe, « un groupe c'est surtout pour les gens qui ont besoin de se soulager parce que peut-être ils ont du mal à voir les regards des gens et parler avec des gens »	« Grande place » : recherche d'autres personnes pour se sentir compris : « on a plus confiance aux personnes qui sont LGBT qu'aux personnes cis, et quoi, car on en vient en avoir peur de discuter avec d'autres personnes. »

Le milieu associatif	Expérience avec le milieu associatif trans	Apport du milieu associatif pour les personnes trans	Prend contact avec une association après un coming-out difficile auprès de sa mère Rencontre entre les parents d'Achille, Achille et un membre de l'association pour obtenir soutien Les sollicite pour « des questions sur des démarches ou professionnel·les de santé »	S'est rapprochée d'une association, a participé à des permanences pour recevoir des « conseils d'ordre administratif plus pour le changement des prénoms d'état civil » Aujourd'hui explique jouer aussi un rôle de conseillère auprès des personnes de l'association	N'a pas souhaité se rapprocher d'associations malgré des propositions de sa psychiatre et de ses proches, explique être de nature sociable et échange aisément avec les personnes qu'elle rencontre A une amie trans qui lui a donné beaucoup de renseignements	Sa grand-mère prend contact avec une association, accompagné car craignait pour son petit-fils Se rend à une permanence associative en présentiel, trouve soutien et réponses à ses questions Evoque avoir pris confiance en lui par ce contact
----------------------	--	--	---	--	--	---

13. Grille d'analyse des entretiens avec les associations

Thèmes	Indicateurs	Critères	Entretien n°5 (Emile)	Entretien n°6 (Félix)	Entretien n°7 (Gaëlle)
			il	il	elle
L'enquêté·e	Profil de l'ergothérapeute	Lieu d'exercice actuel	Ergothérapeute en service de pédopsychiatrie et psychiatrie, en France	Ergothérapeute en clinique externe de psychiatrie (hôpital de jour), au Québec, territoire de Montréal	Ergothérapeute dans deux hôpitaux de jour, en Suisse
		Parcours professionnel	Deux années d'études en STAPS, trois années en ergothérapie. Dix ans sur ce poste actuel (premier poste) En parallèle : DIU Médecine et santé de l'adolescent, L1 et L2 de philosophie à distance puis master en soin éthique et santé avec un mémoire sur l'accompagnement des adolescents trans	Gradué d'ergothérapie en 2020 (cinq ans d'études), trois années d'expérience sur ce poste (premier poste)	Diplômée en 2020, en France. A fait différents remplacements dans deux centres de rééducation puis en EHPAD et dans une clinique en psychiatrie en hospitalisation complète. Master en addiction
	Public accompagné	Profil du public global	«Préadolescent·es, adolescent·es et adultes », TCA, dépression, phobies, troubles psychotiques, troubles de l'humeur passages à l'acte Patient·es trans jeunes	« Clientèle générale en psychiatrie », la moitié du temps au sein d'une équipe spécialisée en troubles de la personnalité, adultes de 18 à 65 ans (majorité dans la médiane)	Patientèle majeure, jusqu'à 91 ans Troubles anxio-dépressifs, trouble de la personnalité, trouble bipolaires, troubles psychotiques

	Public trans	Fréquence de l'accompagnement du public trans	Régulièrement (toutes les semaines)	Régulièrement (toutes les semaines) « La moitié de [sa] clientèle s'identifie comme queer à certains égards »	Entre 4 et 6 personnes en ce moment, à des moments variés de leur parcours
		Troubles rencontrés dans le public trans	« Syndrome anxio-dépressif parfois camouflé chez l'adolescent·e et attaque du corps aussi, scarifications essentiellement »	Troubles de la personnalité	Troubles anxieux, dépression « en lien avec la sphère familiale » Trouble de la personnalité borderline
La population trans	La situation occupationnelle du public trans	Motifs de l'adressage en ergothérapie	« Évaluer du coup un petit peu ce qui se passe pour le patient ou la patiente, pour essayer de le ou la connaître, d'avoir des éléments, d'identifier la structure psychique sous-jacente »	« Des personnes qui ont des enjeux fonctionnels de différents types » « j'en ai qui sont au PhD mais qui ont des difficultés fonctionnelles j'en ai qui sont pas capables de sortir de chez eux » Mandats fréquents : retour au travail / à une occupation / à des études	« en lien avec la symptomatologie », « retrouver confiance, de prendre du plaisir à faire les choses, de savoir justement gérer ses émotions aussi. Et puis, des fois, la communication, la socialisation. »
		Problématiques occupationnelles rapportées par le	Repli sur soi, patient·es hermétiques, peu de problématiques rapportées	« Difficultés fonctionnelles dans leur quotidien » (travail, études) Pas de difficultés rapportées dans	« Le côté comment dire d'aller vers les autres, socialisation, c'est-à-dire

		public trans	Quand alliance thérapeutique en place : l'aspect social est source de souffrance	les soins liés à la transition (injections)	d'être accompagné-e, d'avoir un cercle selon la situation familiale »
		Problématiques occupationnelles observées par l'ergothérapeute	Constat similaire : aspect social problématique majeure Difficultés dans les interactions sociales y compris avec le personnel soignant	Voit des difficultés « systémiques » Difficultés de reconnaissance de leur genre dans les occupations (travail)	« il y a peut-être une perte d'appartenance à un groupe, ou un sentiment d'appartenance à un autre » Isolement social
L'accompagnement du public trans en ergothérapie	Mise en place de la relation thérapeutique	Eléments facilitants ou obstacles	La façon de dénommer, de nommer la personne « crainte de pas savoir ou de faire mal, de mal nommer la personne, de mal faire » ce qui impacte la fluidité des interactions par manque d'information	Le fait d'appartenir en tant que soignant à la communauté LGBTQIA+ apporte une sensibilité particulière à la réalité trans et semble être facilitant, de même pour le fait d'être jeune Obstacle systémique : dossier avec le deadname et un genre différent du genre de la personne	Obstacles : les différents avis au sein de l'équipe, le manque de formation et la façon dont le trouble borderline peut influencer sur la transidentité, ou non, l'utilisation des pronoms
		Recueil de données	Variable, pour les adolescent-es, souvent des « éléments assez affichés » (bracelet aux couleurs du drapeau LGBTQIA+, baskets peintes dans ces couleurs) faisant support de discussion	Se présente avec ses pronoms et demande ceux de la personne à sa première rencontre « Abordé avec le temps »	Variable, abordé en entretien

	Moyens d'action	Spécificité de l'accompagnement des personnes trans	Pas de spécificité dans l'accompagnement des personnes trans Spécificité de l'accompagnement en pédiatrie « laisser une marge de possible, les choses sont pas forcément toujours fixées donc la personne peut s'essayer trans »	Pas de spécificité dans l'accompagnement « à moins que ce soit quelque chose d'important ou que la personne juge comme étant problématique et faisant partie de ces problématiques occupationnelles »	Spécifique à la transidentité : création d'une prothèse de pénis en ouate et coton Accompagnement « peut être plus sur le questionnement de soi », par le travail autour de mind-map
	Besoins du public trans	Besoins rapportés par le public	Pas de besoins rapportés particulièrement par le public lui-même	Difficultés dans les interactions sociales, avec d'une part la transidentité et d'autre part les troubles de santé mentale source de stigma	Difficultés dans les interactions sociales, isolement
		Moyens pour répondre aux besoins exprimés	Rencontre dans le service si l'état le nécessite Autrement la personne se rend en salle d'ergothérapie (à l'extérieur du service) « Activités souvent avec une composante artistique manuelle » : poterie, menuiserie, dessin, peinture afin	Travail des interactions sociales Advocacy : « défendre les droits des personnes à être accepté·e que ses vrais pronoms soient utilisés au travail qu'il puisse s'habiller comme il ou elle le souhaite ou bien outiller la personne à incarner ce rôle d'advocacy » Modalité individuelle :	Echanges en groupe autour de questions d'actualité choisies par la thérapeute Activités créatives, en groupe (collage, peinture) avec un thème commun Modalité groupale pour « interagir avec les autres sans avoir peur de leur

			de « faire des liens entre ce qui va jouer dans l'espace en ergothérapie et la structure du patient »	enseignement et application en mises en situation	jugement »
Moyens d'action	Mise en situation et accompagnement en ergothérapie	Mises en situation à l'extérieur (supermarchés, lieux culturels)		Souvent, en individuel	Mise en situation cuisine pour évaluer les fonctions cognitives, ponctuellement
	Mise en situation et travail des interactions sociales	« pour évaluer, est ce que la personne se sent prête à affronter le regard des autres » avec un lien sur le retour à l'école, la possibilité de réunions « famille »		« je reprends des choses qui leur sont arrivées dans leur semaine des situations fictives ou bien on fait des scénarios hypothétiques où on joue chacun un rôle là dedans » « je l'outille à le mettre en pratique dans la communauté »	Imagine l'intérêt de ce moyen, surtout sur des sorties à l'extérieur, comme les courses ou des balades voire des sorties en milieu associatif
	Modalités d'accompagnement	Majoritairement en groupe, pas de groupes de pair-es pathologies et âgés variés Intérêt pour observer les habiletés sociales au sein d'un groupe		Pratique de la thérapie comportementale dialectique en groupe « utilisés comme modalités d'enseignement »	Majoritairement en groupe

	Interdisciplinarité	Apports et obstacles du travail interdisciplinaire	<p>« En ergothérapie, psychomotricité, en APA, parfois socio-esthétique, psychologique, infirmier, éducatif aussi, par les éducateurs spécialisés, et médical »</p> <p>Regard somatique et psychique</p> <p>Coanimations de certaines médiations</p> <p>S'est interrogé en équipe à l'intérêt de « faire appel à des collègues soignants » « ou à des associations LGBT trans pour nous explorer un éclairage associatif », « c'est une démarche contre intuitive je pense pour les soignants de demander de l'aide à un milieu associatif »</p>	<p>« Ergothérapeute, travailleurs sociaux, infirmiers infirmières, psychiatres, pairs aidants, pairs aidants famille, intervenants en dépendance »</p> <p>« Collaborer avec le milieu communautaire, des organismes, d'autres professionnel·les dans d'autres équipes »</p>	Travail interdisciplinaire source d'échanges et de réflexion quant à l'utilisation des pronoms, et des prénoms dans les dossiers et prises de note
	Formation	Sentiment de compétence	/	<p>« Pas assez », « on parlait plus des aînés gays et lesbiennes que des personnes trans »,</p> <p>Formations « selon le bon</p>	1h de formation de l'équipe par une infirmière ayant réalisé son master sur l'accompagnement des

				<p>vouloir des cliniciens », besoin que la formation soit systématisée</p> <p>Identifie un « rôle à jouer dans juste comprendre et se questionner et aller explorer ses différences là »</p> <p>La formation pourrait être faite « par et pour » la communauté trans (comme c'est fait pour la communauté autochtone dans la formation d'ergothérapie reçue par Emile)</p> <p>Représentativité des personnes trans au sein des ergothérapeutes</p>	<p>personnes trans</p> <p>Estime manquer d'informations, se questionne sur son rôle « parce que ce n'est pas une maladie, mais comment accompagner sans être trop... »</p> <p>Pense que formation pourrait être faite par le milieu associatif trans, ou des médecins, psychologues et ergothérapeutes étant formé-es sur le sujet</p>
La communauté trans	Place de la communauté trans	Place dans la vie des personnes trans	<p>« Élément identitaire qui est très mis en avant qui peut faire un peu rempart à la relation à la rencontre parfois »</p> <p>Peu de rencontres dans le réel, majoritairement dans le virtuel sur des groupes sur les réseaux sociaux</p>	<p>Variable, souligne que « c'est important de s'entourer de personnes qui partagent notre réalité ou qui peuvent moins mal la comprendre »</p>	<p>Place importante par les réseaux sociaux, les associations</p> <p>Présence des drapeaux de la communauté LGBTQIA+ dans les créations</p>

		Place dans l'accompagnement en ergothérapie	Pas de place particulière	Place importante par la collaboration avec le milieu communautaire « ça pourrait être une plus grande place pas qu'en santé mentale mais dans tous les milieux »	Place dans la formation des ergothérapeutes Estime que l'intervention des associations dans le milieu hospitalier, à destination des patient-es peut être délicate
	Pratique de l'approche communautaire en ergothérapie	Connaissance de l'approche communautaire	« Un peu »	« Dans ces termes là non »	Par une amie ergothérapeute exerçant avec cette approche
		Compatibilité avec la pratique en ergothérapie	Oui	Oui	Oui
		Intérêt de l'approche communautaire en ergothérapie, auprès des personnes trans	« Avec un public adolescent je serais peut-être un peu plus mitigé sur la question toujours avec cette idée de pas forcément figer quelque chose que les choses restent dynamiques dans un sens comme dans un autre » Voit un intérêt du groupe de pair-es pour le public adulte Se questionne sur ce que	« Pour moi l'ergothérapie c'est social bon peut-être que je le vois plus parce que je suis en santé mentale mais la personne elle s'actualise dans ses occupations dans un contexte qui est social confronté à d'autres personnes fin c'est une donnée qui est impossible à mettre de côté »	Intérêt auprès de cette population Semblerait être de L'« ergothérapie sociale » plutôt que de l'ergothérapie en psychiatrie

			pourrait apporter l'ergothérapeute « en plus » des pair·es		
Le milieu associatif	Collaboration avec le milieu associatif	Intérêt de la collaboration avec le milieu associatif	A plusieurs reprises, questionnements sur cette collaboration, sans aboutir, S'interroge sur la possibilité d'intervention du milieu associatif trans dans les services au même titre que « des associations en santé mentale, des associations de fin de vie, des associations religieuses »	Collaboration avec un organisme trans « comme de la pair-aidance trans c'est vraiment du vécu expérientiel » « Ces personnes-là étaient invitées disons ils jouaient entre autres ce rôle là d'advocacy pour le patient là la reconnaissance de son genre le respect de ses pronoms dans le cadre du suivi médical »	Pas de collaboration avec une association trans
	Place de l'ergothérapeute au sein du milieu associatif	Missions de l'ergothérapeute au sein du milieu associatif	« Ramener du soin à l'intérieur des associations ... c'est ramener la question qu'ils ont besoin de soin donc ça peut être mal perçu par la communauté elle-même » Serait « assez affirmatif » pour accompagner en ergothérapie des pair·es d'adolescent·es, au vu de la souffrance rapportée	Présence d'ergothérapeutes en milieu communautaire, travaillant toutefois pour les structures de santé mais étant à part des structures de santé mentale	Pense qu'un cahier des charges pourrait être constitué pour l'exercice de l'ergothérapeute en milieu associatif communautaire, ou en cabinet en collaboration avec un·e assistant·e social·e.

		Lien entre le milieu hospitalier et associatif		Collaboration avec le milieu communautaire, réunion dans le service hospitalier pour établir des objectifs et « Départager nos rôles entre le milieu communautaire et nous »	Collaboration avec le milieu associatif pour les distributions alimentaires, gérée par les infirmier·ères, sans lien avec le public trans
Autres			« Regard attentif à la question du féminin et du masculin » et « sur les implications « parce que du coup il y a l'abandon d'un sexe biologique vers un genre ressenti »		Réflexion sur la présence d'un drapeau LGBTQIA+ dans les salles de consultation, en équipe

14. Grille d'analyse des entretiens avec les associations

Thèmes	Indicateurs	Critères	Entretien n°8 (Association 1, Hazel et Ilyès)	Entretien n°9 (Association 2, Jules et Kylian)
			iel et elle (Hazel), il (Ilyès)	il (Jules) , il (Kylian)
L'enquêté·e	Présentation de l'association	Missions de l'association	Association loi 1901 créé en septembre 2022, fonctionnement collégial, avec pour objectif principal de « rendre la promotion santé plus inclusive » Trois thématiques : la sexualité, la consommation de drogues et la santé mentale	« Association nationale de défense des droits et d'aide notamment à la transition des personnes trans », fonctionnement autour d'un serveur de discussion virtuel (Discord)
	Profil de l'enquêté·e	Rôle associatif	Hazel : co-fondatrice de l'association Ilyès : co-fondateur de l'association	Jules : élu membre du bureau de l'association depuis un an, a découvert l'association en cherchant un serveur Discord au début de son parcours de transition Kylian : membre actif de l'association, a découvert l'association en cherchant des ressources sur une démarche précise, longtemps après » son début de transition
La population trans	Profil de la population de	Public cible	« Association communautaire par et pour les personnes queer et les	3 000 membres dont 200 votant·es Terme d'association communautaire peu

	l'association		<p>personnes handi »</p> <p>Profil majoritaire de 16-35 ans</p> <p>Majorité de l'activité en distanciel notamment pour des questions d'accessibilité pour les personnes en zone rurale et les personnes PMR</p> <p>« on s'adresse autant aux professionnel·les qu'aux bénéficiaires. »</p> <p>Découvre l'association par le milieu festif ou les réseaux sociaux</p>	<p>utilisé en raison de la taille de l'association, se décrit toutefois comme « une association de pair-es, de concerné-es»</p> <p>Âge moyen de 24 ans, âge médian de 22 ans</p> <p>Majoritairement jeunes adultes en début de parcours de transition, autant de femmes trans que d'hommes trans, public</p> <p>« qui sait lire écrire qui a une connexion internet stable », certaines catégories socio-économiques ne sont pas représentées</p> <p>Découvre l'association par les réseaux sociaux en cherchant une communauté en ligne pour répondre à leurs questions / échanger, ou sur orientation de « leur médecin ou professionnel paramédical ou du milieu social »</p> <p>Moins de 50 personnes cis</p>
		Besoins et demandes du public	1. Réductions des risques en milieu festif : stands	1. Pair-aidance : aide à la transition, réponses aux questions par chats

			<ul style="list-style-type: none"> 2. Groupes de paroles 3. Séances individuelles de pair-aidance 4. Interventions sur demande (universités, milieu professionnel) 5. Formation / sensibilisation 6. Dispositif « psy » 7. Groupe de danse thérapie 	<p>écrits dans des salons de discussion, ou par chats vocaux lors des permanences de l'association</p> <ul style="list-style-type: none"> 2. Carte recensant les professionnel·les du secteur médical, paramédical et social 3. Formation des professionnel·les du secteur médical, paramédical et social 4. Plaidoyer, actions en justice
	Accompagnement par l'association	Limites de l'accompagnement	<p>Volonté de rester dans leur domaine d'expertise seulement</p> <p>Redirigent vers d'autres associations si besoin, par exemple pour les questions de violences sexistes et sexuelle</p>	<p>Nombreuses demandes de prescription d'hormones, de suivi psychologique, d'accompagnement par des assistant·es sociaux·ales</p> <p>Parfois, barrière de la langue et manque de traduction des ressources</p> <p>Redirigent vers des professionnel·les</p>
		Interdisciplinarité	<p>Collaboration avec d'autres associations dans d'autres domaines d'expertise et avec des professionnel·les au sein du dispositif de l'association</p>	<p>Développement d'un réseau de partenaires en lien avec les activités de l'association</p>

L'accompagnement du public trans en ergothérapie	Enjeux de santé en lien avec la transidentité	Expériences avec le milieu de la santé	Difficultés générales d'accès aux soins par peur, par manque d'accès à l'information, manque de visibilité des parcours non conventionnels Expérience de la transphobie Elément obstacle : les personnes trans en situation d'itinérance Elément facilitant : ressources financières	Difficultés générales d'accès aux soins par « peur des mauvaises expériences en général soit peur d'en avoir soit peur d'en réavoir », par contraintes financières, isolement géographique
		Difficultés vécues par les personnes trans dans le milieu de la santé	« les professionnel·les du médical ne sont pas formé·es à l'accueil des personnes trans donc mauvais accueil voire accueil transphobe » Leviers : « la formation des professionnels, la visibilité et [...] l'expertise des personnes concernées [...] autant sur la visibilité que la formation » Ex : visibilité des personnes qui ne sont pas des femmes cis dans les campagnes de prévention du cancer du sein	Manque de professionnel·es de manière générale, et d'autant plus de professionnel·es formées à l'accueil et l'accompagnement des personnes trans Transphobie et manque de formation : « c'est pas la cause des violences médicales puisque la cause c'est toujours les personnes qui font ces violences médicales mais par contre c'est un moyen pour les prévenir » Lever : former les médecins généralistes et les interlocuteurices de proximité
		Lien entre association et	Formation autour de l'accueil des	Formation des médecins généralistes

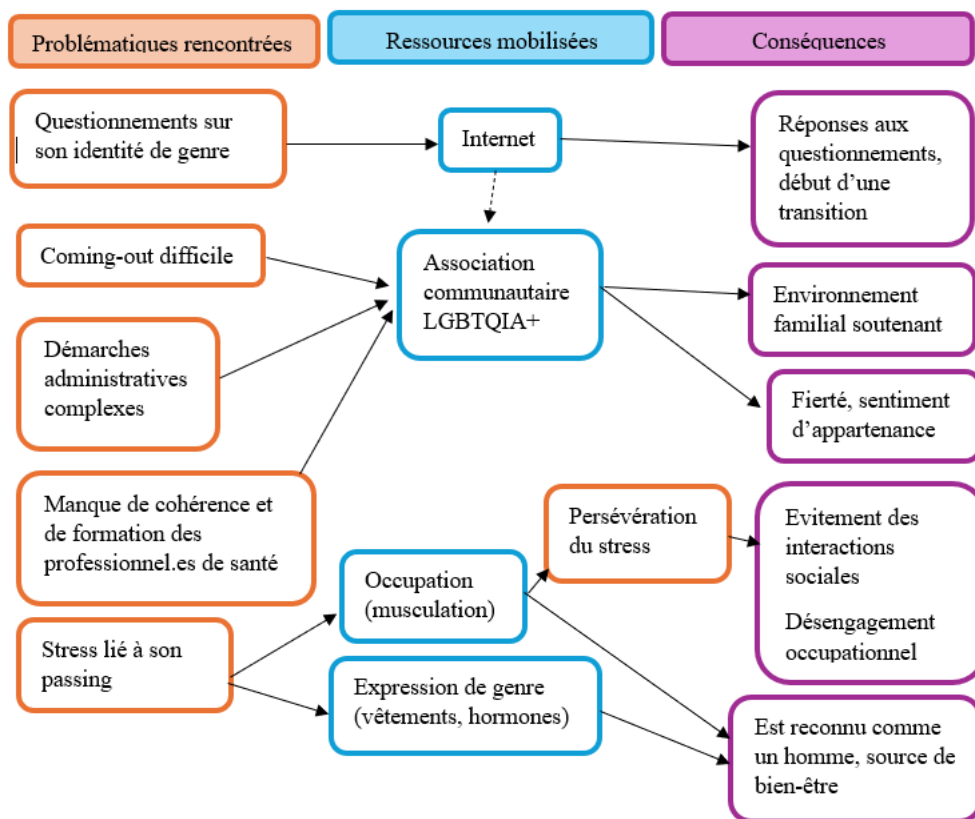
	professionnel.le.s de santé	personnes LGBTQIA+ avec un focus sur les personnes trans non-binaires et en questionnement, formation dispensée notamment aux professionnel.le.s du médico-social Possibilité de partenariat en intégrant le dispositif de l'association (psychologues, psychothérapeutes, art-thérapeute, assistante sociale) en milieu hospitalier directement envisageables	autour de la prescription d'hormonothérapie Formation à l'accueil des personnes trans pour les professionnel·es du médical, paramédical et social Interventions dans des établissements de santé (service hospitalier de pédopsychiatrie), dans des universités (faculté de médecine)
	Formation des professionnel·les de santé	Absence de formation initiale Initiatives personnelles, formation auprès des associations	Absence de formation, de connaissances sur les transidentités
Connaissance de l'ergothérapie	Définition de l'ergothérapie	Définition floue de l'ergothérapie	Jules : Définition globale de l'ergothérapie Kylian : Connaissance précise de l'ergothérapie, accompagné personnellement par des ergothérapeutes
Intérêt de l'ergothérapie	Modalités d'un accompagnement en ergothérapie	« La première réaction que j'ai eue à chaud c'était « pourquoi le faire en paramédical ? » mais en même temps je pense que ça peut être intéressant »	Jules : spontanément ne voit pas de lien Kylian : voit un intérêt dans l'accompagnement, précise ne connaître personne ayant pu en bénéficier, souligne

			<p>Intérêt potentiel d'un accompagnement en ergothérapie, et d'une collaboration association-ergo</p> <p>Similarités avec l'accompagnement proposé en pair-aidance : « c'est pas forcément les mêmes techniques que je vais utiliser, pas les points de vue angles d'attaque et dans l'association on en est venues à se dire que l'idéal c'est d'avoir le panel le plus varié possible ce qui va convenir à une personne ne va pas convenir à une autre »</p> <p>Intérêt auprès des mineur-es trans, utiliser le « contre-pouvoir » (reconnaissance auprès des parents du milieu médical/ paramédical)</p> <p>Intérêt par rapport à la pair-aidance en tant que professionnel-le-s cis: distance émotionnelle permet de travailler en mises en situation</p>	<p>les difficultés de trouver des ergothérapeutes de manière générale</p> <p>Connait toutefois une personne trans et autiste accompagnée en ergothérapie pour des difficultés dans les interactions sociales</p> <p>Explique que les transidentités peuvent limiter les interactions sociales</p> <p>Intérêt d'un accompagnement des personnes trans avec un handicap en ergothérapie, prise en compte de la transidentité dans les habitudes de vie (soins personnels), ou dans la compréhension des problématiques (douleur, positionnement, installation)</p> <p>Intérêt que l'ergothérapeute soit sensibilisé-e aux transidentités pour en tenir compte dans l'accompagnement ergothérapeutique, même si les problématiques ne sont pas spécifiques aux transidentités</p> <p>Expérience de Kylian : les ergothérapeutes « faisaient sans »</p>
--	--	--	---	---

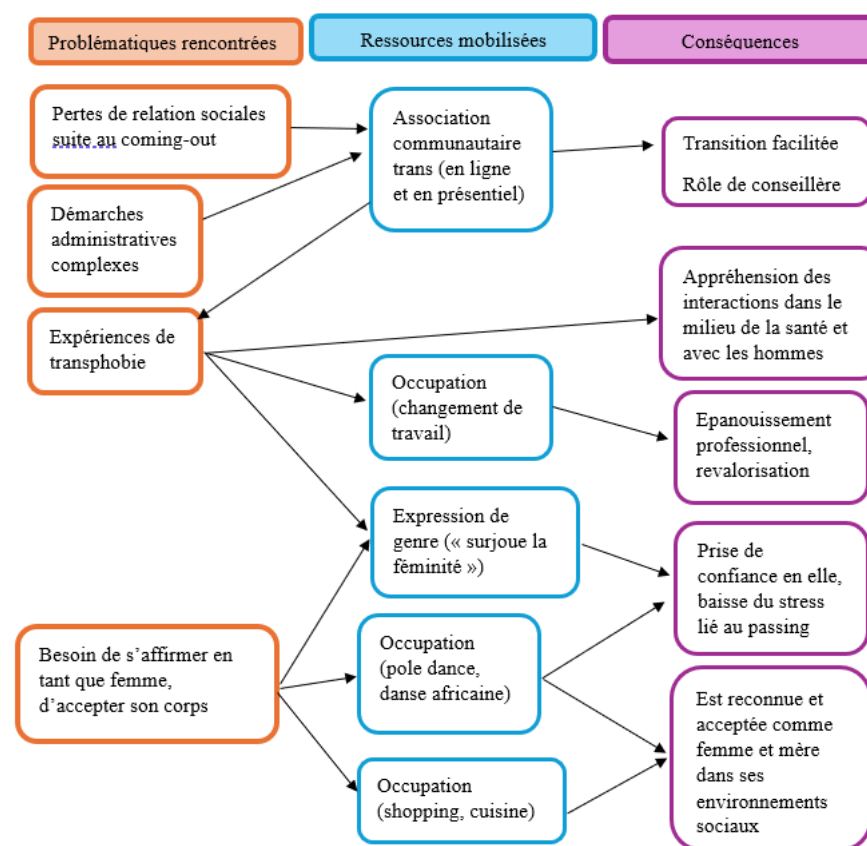
La communauté trans	Place de la communauté trans dans le milieu de la santé	Intérêts et limites de la place de la communauté trans dans le milieu de la santé	« Intégrer les personnes au processus de réflexion »	« ça devrait prendre la place pour donner un maximum d'informations et de ressources, participer à la banalisation de l'information »
Autres			Cas des « personnes qui sont handis sous tutelle curatelle et en institution qui expriment des besoins de transition mais l'équipe soignante étant tellement peu renseignée il y a rien qui se fait »	Informé sur ce qui relève de la transphobie, de la violence pour que ce ne soit pas banalisé

15. Schémas récapitulatifs des entretiens avec les personnes trans

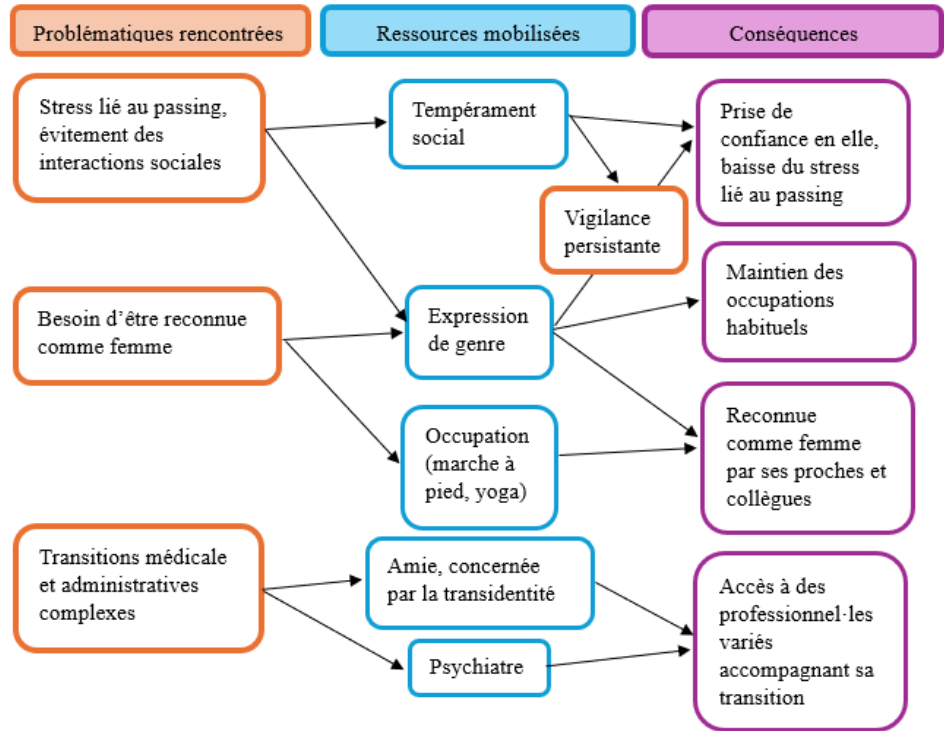
Entretien avec Achille



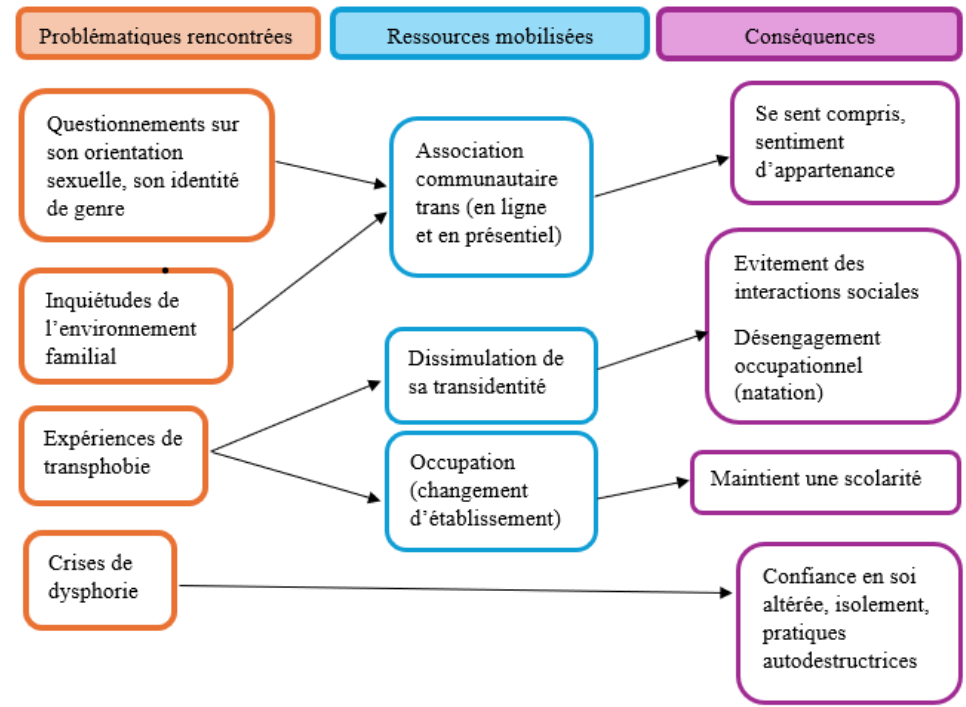
Entretien avec Barbara



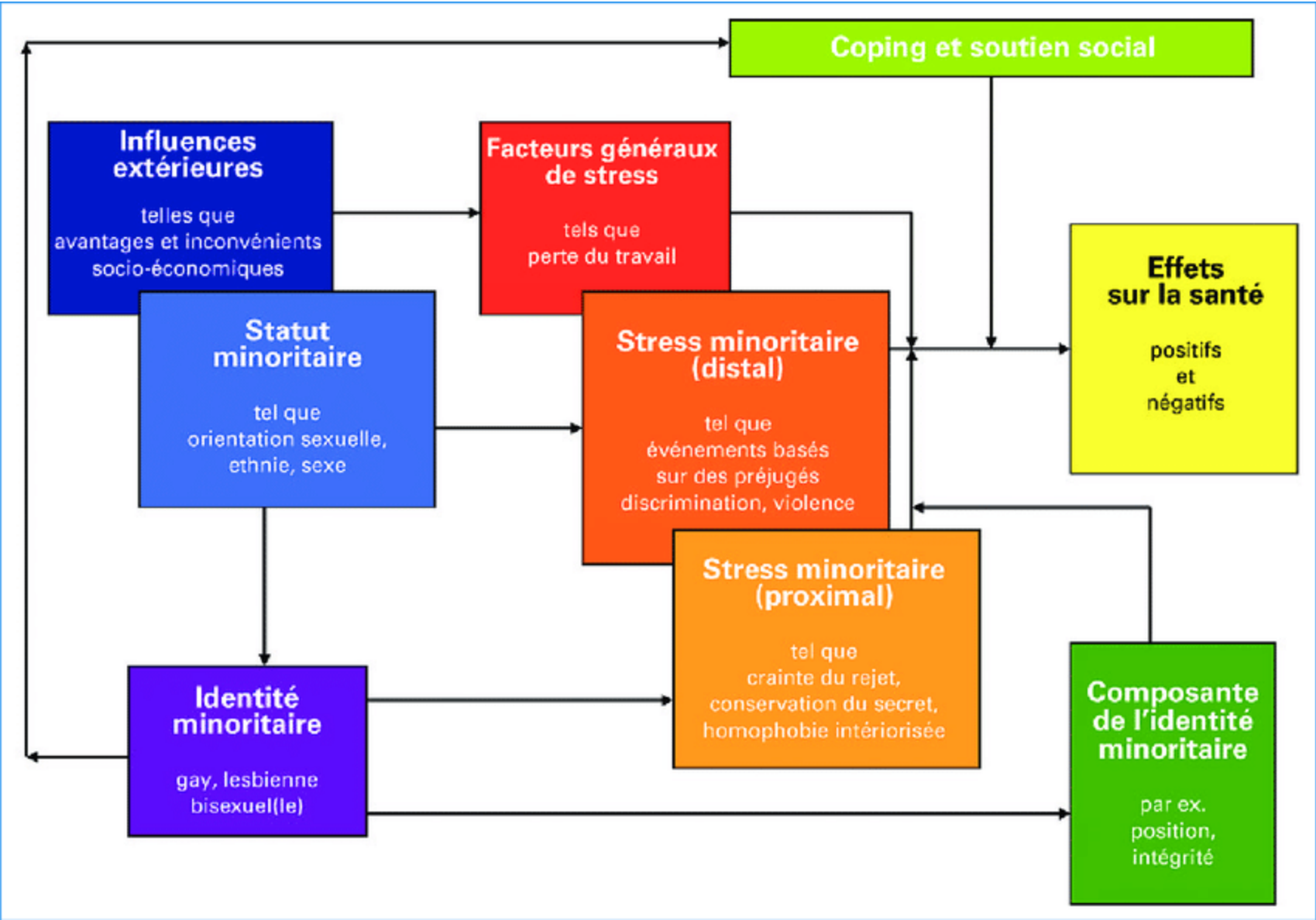
Entretien avec Chloé



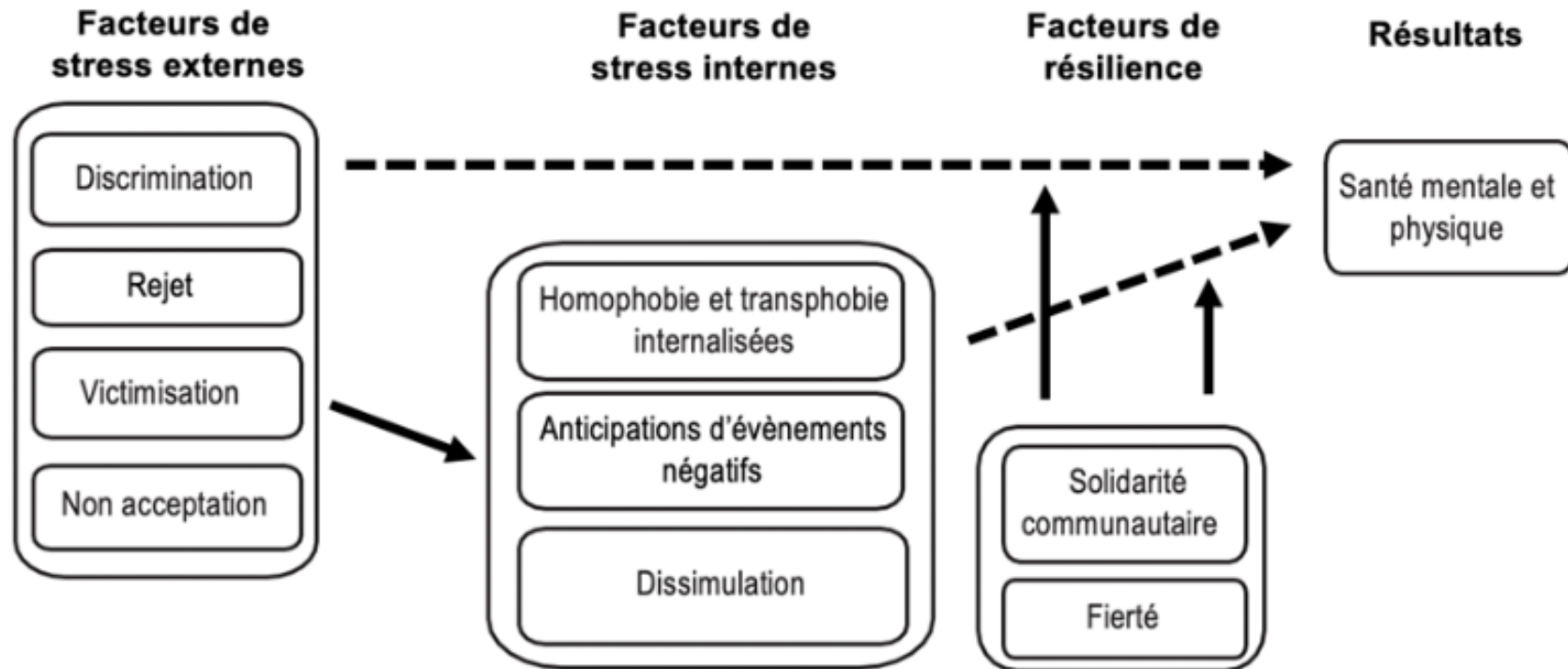
Entretien avec Daniel



16. Modèle du stress minoritaire (Meyer, 2003)



17. Adaptation du modèle de stress minoritaire (Testa et al., 2015)



18. Résumé et abstract

Ergothérapie et transidentités : De l'accompagnement d'une personne trans à la résilience communautaire

Les personnes trans font face à des facteurs de stress majeurs en lien avec leur aspect minoritaire dans la population française. Les interactions sociales peuvent être source de préoccupations et mener à des ruptures occupationnelles. L'objectif de cette recherche est d'identifier précisément ces défis ainsi que les ressources spontanément mobilisées pour y répondre. Les interventions possibles, telles que la mise en situation en ergothérapie, seront étudiées en ce sens. Enfin, l'apport d'une collaboration entre associations communautaires et ergothérapeutes sera exploré. En s'appuyant sur une méthode qualitative ainsi qu'une approche inductive, neuf entretiens semi-directifs ont été menés, auprès de quatre personnes trans, trois ergothérapeutes et deux associations communautaires. Les résultats de cette étude ont mis en lumière le développement de nombreuses ressources au sein de la communauté trans. Toutefois, elles restent peu connues des ergothérapeutes déplorant manquer de formation. A ce jour, en ergothérapie, des accompagnements en groupe mettant en jeu les interactions sociales sont proposés. Enfin, cette étude a souligné l'intérêt d'une approche communautaire auprès de ce public permettant de soutenir la résilience communautaire. L'implication de la communauté trans dans la formation des ergothérapeutes, y compris en formation initiale, semble être une piste intéressante restant à explorer davantage.

Mots clés : Communauté LGTBQIA+, ergothérapie, transidentités, résilience, stress minoritaire

Occupational therapy and trans identities: from supporting trans people to supporting community resilience.

Trans people face major stressors due to their minority status within the French population. Social interactions represent a source of concern and lead to occupational disruptions. The aim of this work is to precisely identify the challenges faced by trans people and the resources they spontaneously mobilize to address them. Possible interventions, specifically occupational therapy simulations, were studied. Finally, the contribution of collaboration between community associations and occupational therapists was explored. A qualitative method, combined with an inductive approach, was chosen to conduct nine semi-structured interviews with four trans individuals, three occupational therapists, and two community associations. The results of this study highlights the development of numerous resources within the trans community. However, these resources seem to be unknown to occupational therapists who deplore a lack of training. In occupational therapy, groups involving social interactions are suggested. This study also highlights the importance of a community-based approach to support community resilience in this population. The involvement of the trans community in the training of occupational therapists, including initial training, appears to be an interesting path that remains to be explored.

Key words: LGBTQIA+ community, minority stress, occupational therapy, resilience, trans identities