



# **L'empowerment des patient-es dans un contexte de violences gynécologiques et obstétriques**

**Quelles stratégies mettre en place ?**

Travail de Bachelor

Par  
**Alba Eggs**  
promotion 2017-2020

Sous la direction de: Marie-Noëlle Kerspern

**Haute Ecole de Santé, Fribourg**  
Filière soins infirmiers

5 octobre 2020



## Tables des matières

Résumé	ii
Remerciements	ii
Introduction	1
Problématique	5
Question de recherche	5
Objectifs	5
Cadre théorique	6
Exemple de titre 1	7
Exemple de titre 2	7
Exemple de titre 3	7
Exemple de titre 4	7
Exemple de titre 5	7
Théorie / Aspects théoriques	7
Concepts	7
Méthode	9
Résultats	11
Discussion	15
Conclusion	17
Références	19
Liste des appendices	21



## **Remerciements**

Merci à ma professeure Marie-Noëlle Kerspern qui m'a suivi tout au long de mes réflexions, questionnements, explications, hypothèses et aboutissements en toile d'araignée, et qui a su dompter mes formes de pensées.

Merci à mon conjoint et mes enfants pour m'avoir soutenu dans mes longues heures d'absence et pour les inspirations.

## Introduction

## **La notion d'empowerment**

### **Un concept à plusieurs facettes**

Concept initialement développé dans la littérature anglo-saxonne, le terme "*empowerment*" dégage aujourd'hui plusieurs définitions et applications différentes selon les langues et les domaines. Il est utilisé simultanément dans la santé, le social, l'éducation, le management, la politique ou le secteur privé.

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), le concept de l'empowerment du patient est un moyen permettant de donner aux personnes le contrôle sur leur propre santé. Le terme "empowerment" représente donc autant la notion de "prise de pouvoir" ou "pouvoir d'agir" (d'après sa racine anglaise "power" qui se traduit par "pouvoir") et que la notion d'autodétermination ou d'autocapacitation qui elle - et cela est important - indique un processus. Cela représente donc un état ou un processus qui peut être individuel, collectif, social ou politique (Bacqué et Biewener, 2013).

Dans le domaine de la psychologie, les canadiens Yann Le Bossé, Francine Dufort et Line Vandette (2004) ont bien cerné cette pluralité tout en trouvant le terrain commun des définitions, décrivant que les intervenant-es de cette approche "œuvrent au développement de la capacité des personnes et des collectivités à trouver des solutions aux difficultés qu'elles rencontrent, ainsi qu'au renforcement de la disponibilité des ressources nécessaires à cette fin".

Ninacs est un auteur qui a développé le concept d'empowerment dans le milieu social. Il le définit comme "la succession d'étapes par lesquelles un individu ou une collectivité s'approprie le pouvoir ainsi que sa capacité à l'exercer de façon autonome" (Ninacs, 2008). Trois dimensions interdépendantes font parti de ce processus: l'empowerment individuel, communautaire et organisationnel. Elles

constituent en elles-mêmes des étapes qui se suivent pour ouvrir le champ d'action du patient.

Ce qui est intéressant chez Ninacs, c'est qu'il explicite les composantes de chaque dimension de façon à pouvoir les mettre en pratique. Ces trois niveaux tiennent compte des applications réalistes pour un individu, une communauté ou d'une société.

L'empowerment individuel contient quatre composantes : la participation (cheminement dans lequel la personne s'engage), les compétences (utiliser ou acquérir des habiletés spécifiques), l'estime de soi (se percevoir comme compétente avec attitudes et connaissances suffisantes) et la conscience critique (utiliser les connaissances pour analyser et mettre en contexte la problématique vécue) (Cayouette, 2009).

Au niveau de l'empowerment communautaire, Ninacs décrit quatre composantes également: la participation (fournir les structures et conditions permettant de favoriser le développement du pouvoir d'agir), les compétences (optimiser les forces du milieu pour assurer le bien-être de tous les membres), la communication (climat de confiance, transparence, circulation de l'information) et le capital communautaire (capacité à susciter l'entraide et la mobilisation, sentiment d'appartenance) (Cayouette, 2009).

Finalement, l'empowerment organisationnel explicite le rôle que jouent les organisations pour lier l'empowerment individuel et communautaire. Il s'appuie également sur quatre plans en interactions: la participation (valorisation), les compétences, la reconnaissance et la conscience critique (reconnaître les enjeux pour ses membres).



Dans la littérature, il n'y a pas d'unanimité derrière le concept; les traductions sont multiples et les interprétations sont différents, l'empowerment est donc un concept polysémique et complexe en plus d'être imprégné culturellement.

### **L'empowerment dans la pratique des soins**

Bien que l'empowerment dans les soins soit défini différemment selon les auteurs et les contextes, deux points communs ressortent particulièrement: le principe de processus et celui de la décision partagée.

Selon Rodwell (1996), "l'empowerment est un processus permettant aux personnes de choisir de prendre le contrôle et de prendre des décisions sur leur propre vie. C'est un processus qui valorise tous ceux impliqués" [traduction libre]. L'autrice Kendall dans son ouvrage "Health and Empowerment" (1998) affirme que Rodwell écrit du point de vue des soins infirmiers et qu'il soutient une approche où les notions d'aide au partenariat et à la décision partagée sont plus importantes que la sensibilisation critique et l'action radicale. Pour Zimmerman et Rappaport (1988), l'empowerment permet de connecter les capacités et forces personnelles, le comportement positif et les systèmes de soins directement aux problématiques de changement social lié à la maladie.

Au niveau de l'application, Funnel et al (1991) explicite que l'empowerment commence avec l'éducation au patient sur sa propre maladie et sa participation active aux décisions de soins. L'empowerment requiert que la personne puisse prendre soin d'elle-même (autogestion) et prendre des décisions sur les différents choix exposés par son équipe thérapeutique. Un patient informé est donc mieux équipé pour profiter des opportunités comme accéder aux services existants, exercer leur droits en tant que patient, négocier efficacement et tenir responsable son équipe thérapeutique.

Ceci dit - et comme Ninacs le met en avant - l'utilisation seule de l'éducation thérapeutique n'est pas suffisante pour rendre un patient autonome et l'accompagner dans son sentiment d'auto-efficacité. En s'éloignant du modèle paternaliste pour un modèle participatif et de partenariat, les soignants utilisent les principes du Patient-Centered Care. À l'éducation thérapeutique s'ajoutent par exemple le respect des valeurs et de besoins, l'aide émotionnelle, l'accès aux services de soins, l'implication des famille et proches, une transition et continuité dans les soins, etc (Bassleer, Boulanger et Menozzi, 2014). Aussi, viser uniquement un empowerment individuel serait réducteur car il n'inclut pas l'aide par les pairs ou l'activité associative par exemple.

Finalement, selon la thèse de Fayn "Mieux comprendre le processus d'empowerment du patient" (2017), quatre étapes se succèdent dans le processus dont les trois premières sont similaires à celle proposée par Ninacs (Annexe B). D'après son analyse, ces étapes marquent "le passage d'une expérience singulière à un raisonnement collectif, d'un engagement personnel à une mobilisation communautaire, de la quête d'information à l'acquisition de connaissances de plus en plus spécialisées, de l'identification d'un manque à l'implication dans le déploiement de solutions innovantes".

Bien que Ninacs ait développé l'empowerment dans un milieu social, sa théorie est applicable dans un milieu sanitaire en y incluant la phase "productive" décrite par Fayn où les patient-es évaluent l'offre en soins et participent à concevoir l'écosystème sanitaire. C'est également dans cette phase que leurs revendications émergent dans les débats socio-politiques.

Cela rejoint également la description de l'empowerment de Bacqué et Biewener (2013) qui conclut que le processus individuel repose sur trois aspects : « a) sur les capacités personnelles à prendre des décisions et à exercer un contrôle sur sa

vie ou sur sa santé, b) sur l'établissement d'une compréhension critique ou analytique du contexte environnemental dans lequel on doit s'insérer et c) l'action. »

Sur le terrain, le concept étant pluriel, la mise en pratique diffère entre les pays et entre les professionnel·les. Cet écart se remarque notamment entre les pays occidentaux. La Grande-Bretagne et le Canada ont publié de nombreux articles sur le concept et mis sur pieds des projets qui démontrent que la notion d'empowerment est déjà conscientisée, intégrée et pratiquée dans les pays anglo-saxons.

Cependant, les pays européens latins et germaniques n'ont que peu implanté ce concept dans leur pratique médicale et soignante. Comme cela se constate également pour les interventions de promotion de la santé, les interventions promouvant le processus d'empowerment se font couramment sans que le corps soignant ne s'en rende compte - d'où le terme de conscientisation utilisé ici par l'autrice. L'application de l'empowerment rejoint souvent celle du concept de l'éducation thérapeutique ou du partenariat. En Belgique par exemple, le concept se développe et utilise la participation, principalement chez les patient·es de maladies chroniques (Bassleer, Boulanger & Menozzi, 2014)

### **Origine de l'empowerment : les femmes du XXème siècle**

Les premières manifestations d'empowerment en tant que processus de perspective sociale furent les revendications de droits de femmes aux États-Unis au milieu du XXème siècle (Simon, 1994). Ce n'est que dans les années 1970, aux côté de plusieurs types de populations marginalisées comme les afro-américains (Black Power Movement) et les personnes LGBT\*, que ce processus fut d'abord décrit comme une "conscience critique collective" (Calvès, 2009).

On comprend donc que l'empowerment est un principe qui se développe à partir d'une collectivité opprimée ; encore aujourd'hui comme il y a 70 ans, les femmes doivent se battre pour accéder aux mêmes opportunités que les hommes. Cela rejoint la définition selon Rappaport (1987) : "à la fois moyen et fin, l'empowerment vise à libérer les groupes sociaux minoritaires, les collectifs constitués autour du déploiement d'une identité, de la promotion ou de la revendication d'une cause".

L'empowerment des années 1970 est étroitement lié à la deuxième vague féministe qui marquera le combat de réappropriation du corps des femmes par les femmes dès les années 1950. Les prises de position fortes pour la défense des droits des femmes se multiplient dans les pays occidentaux au cours de la deuxième moitié du XXème siècle. En France, le Mouvement Jeunes Femmes thématise le contrôle des naissances et l'éducation sexuelle, le travail des femmes et leur participation à la vie civile, et déculpabilise la sexualité pour promouvoir l'égalité des sexes (Chaperon, 2000). Cela permettra la création de l'Association Maternité Heureuse qui deviendra en 1960 le Mouvement Français pour le Planning Familial, structure mère qui mettra en place ce que deviendront les centres de santé sexuelle en Europe. Dans les pays anglo-saxons, l'organisation Planned Parenthood of America créée en 1942 faisait suite au mouvement de contrôle de la natalité ("birth control movement") mené par l'infirmière et sage-femme Margaret Sanger (Encyclopedia Britannica, 2020). Leur action se concentre sur des soins de santé reproductive en plus de prévention (vaccination et dépistages) dans les milieux à bas revenus et ruraux (Encyclopedia Britannica, 2020). Là également, la démarche reflète des actions visant l'empowerment de ces populations marginalisées par les structures médicales de l'époque.

Ces différentes organisations travaillaient également pour la dépénalisation de l'avortement afin de promouvoir l'autodétermination féminine sur leurs choix

reproductifs. Notamment en France avec le Manifeste des 343 et en Suisse, le Mouvement pour la Libération des Femmes fut l'organisation féministe qui se greffa sur l'engagement pour la dépénalisation de l'avortement.

Les droits reproducteurs ont donc toujours été au centre des émancipations sociales ou sanitaires et des actions d'empowerment des femmes. Ramener ces droits comme besoins incontournables des femmes a permis de démocratiser leur place dans les établissements sanitaires plus loin que pour l'unique surveillance des accouchements.

### **Contexte des soins et population des femmes**

#### **Les femmes comme patientes dans les soins spécialisés**

Si être malade ne devrait pas être une question de genre, la santé des femmes a toujours eu ses services spécialisés, que ce soit pour le suivi des grossesses et accouchements ou pour la santé gynécologique. Le Haut Conseil à l'Égalité français estime qu'une femme suivra en moyenne 50 consultations gynécologiques entre ses 15 et 45 ans, et cela même en l'absence de pathologie (Bousquet et al., 2018). En suisse, 81,8% des femmes de plus de 20 ans en 2017 (appendice A) ont consulté au cours des trois années précédant l'étude (OFS, 2019). Concernant les hospitalisations, l'OFS recense qu'en 2018 34,8% des hospitalisations des 15-69 ans sont liées à la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité (2019).

Cela confirme que la santé gynécologique et obstétricale représente une part importante des soins médicaux de la femme, tant pour les patientes que pour les institutions professionnelles (hôpitaux et cabinets).

Si les femmes ont profité de cette spécialisation des soins médicaux, il reste que ce domaine de leur santé concerne ce qu'il y a de plus intime pour elles : santé

sexuelle (sexualités, violences sexuelles, menstruations, dyspareunies, etc), santé reproductive (maternité, avortement, contraception, fertilité, etc) et maladies uro-génitales spécifiques (cancers hormono-dépendants, infections sexuellement transmissibles, syndrome des ovaires polykystiques, endométriose, etc). Il va sans dire que cette intimité implique que la femme se retrouve dans une position de fragilité ou de vulnérabilité, position dans laquelle il est moins évident de se positionner face aux professionnel·les avec confiance et estime de soi.

### **Prise de conscience de la violation du droit à l'autonomie**

Bien que les comportements irrespectueux ou déplacés envers les patient·es peuvent concerner toutes les spécialités médicales, l'existence de maltraitances dans les soins OBGYN est prouvée et clarifiée par de nombreuses études et diverses organisations internationales (Brüggemann, 2012).

Notamment grâce à une avalanche de témoignages sur Twitter avec les hashtags #payetonutérus et #payetongynéco lancés en 2014 (7000 tweets en 24h), les violences gynécologiques et obstétriques se sont révélées dans le paysage médiatique et médical. De nombreux journaux, magazines, personnalités et formats vidéo sur les réseaux sociaux ont relayé ces témoignages et ont permis - en partie - de travailler sur ce problème et de proposer des pistes d'amélioration. Ces violences sexistes sont définies par leur contexte : elle sont infligées par le corps soignant et médical (gynécologues, généraliste, anesthésiste, infirmier·es, sage-femme, etc) sur des patient·es en consultation médicale (contrôle en cabinet, traitement ambulatoire, etc) ou en hospitalisation (accouchement, opération, etc). Prenant ce phénomène au sérieux, la secrétaire d'État française chargée de l'Égalité entre les femmes et les hommes Marlène Schiappa mandata le Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes (HCE) pour publier en 2018 un

rapport. L'objectif fut d'identifier la nature des problématiques du phénomène et de proposer des recommandations à mettre en pratique. Le rapport est très complet dans ses thématiques: il traite l'évaluation de l'ampleur de ces actes sexistes, la lutte contre le sexisme au sein du secteur médical, la définition de normes promouvant un suivi gynécologique et obstétrique respectueux et bienveillant et l'amélioration des procédures de signalements des pratiques condamnées par la loi.

Dans le chapitre "Des Formes de maltraitements spécifiques", les autrices dressent une typologie des diverses manifestations "d'actes sexistes relatifs au suivi gynécologique et obstétrical" basée sur les témoignages recensés dans les médias (appendice B en annexe), permettant de comprendre comment ces violences s'insèrent dans le contexte hospitalier et ambulatoire :

1. Non prise en compte de la gêne de la patiente, lié au caractère intime de la consultation.
2. Propos porteurs de jugements sur la sexualité, la tenue, le poids, qui renvoient à des injonctions sexistes.
3. Injures sexistes.
4. Actes exercés sans recueillir le consentement ou sans respecter le choix ou la parole de la patiente.
5. Actes ou refus d'acte non justifiés médicalement.
6. Violences sexuelles : harcèlement sexuel, agression sexuelle et viol.

Le lien avec l'empowerment est le suivant : les droits sexuels et reproductifs des femmes et des personnes LGBT\* sont remis au-devant de la scène à travers les médias par des actions et prises de parole individuelles. Cette appropriation de la problématique est une forme d'empowerment puisqu'elle relève de dimensions

qui composent le concept. On observe donc l'utilisation de la conscience critique collective (les personnes concernées partagent leurs analyses et mettent en contexte les problématiques vécues), du sentiment de compétence (les patient-es ont aujourd'hui plus de connaissances et d'attentes envers les professionnel-les de la santé) et de la participation (la revendication d'être intégré au processus de santé est renforcée).

### **Le sentiment de powerlessness**

Outre les conséquences physiques et physiologiques connues des victimes de violences, les dimensions permettant le processus d'empowerment sont mises à mal par ces dernières. Le sentiment d'estime de soi s'effrite, la participation des patient-es dans les soins est minimisée et la conscience critique des soigné-es est dévalorisée.

Ces facteurs de perte d'empowerment (ou « disempowerment ») amène un sentiment décrit comme « powerlessness ». Ce terme désigne la croyance qu'un individu a qu'il ne peut pas atteindre par son propre comportement les objectifs qu'il poursuit (Seeman, 1972).

Selon Kabeer (1999), *l'empowerment* est caractérisée par le chemin fait en partant du *disempowerment* : l'habilité d'une personne à faire des choix de vie dans un contexte où ces choix leur était plus tôt refusés.

### **Le rôle de promoteur-trice : une compétence légitime de l'infirmier-e**

La promotion de la santé est un des sept rôles attendus de la profession selon le référentiel de compétences établis par la conférence des recteurs des HES suisses, compétences communes à toutes les professions de la santé. C'est aussi un rôle phare des référentiels des pays européens qui ont participé au projet pilote



Leonardo "Création d'un Référentiel Européen de compétence en Soins Infirmiers (CRESI) publié en 2008 regroupant la Belgique, la Pologne, la France, le Portugal et la Lituanie comme partenaires.

Ce n'est qu'en 2012 qu'a eu lieu la première conférence sur l'empowerment des patients à Copenhague, organisée par l'OMS région Europe. Le programme Health 2020 évoqué avait pour buts 1) l'amélioration de la santé et du bien-être de la population, 2) la réduction des inégalités sanitaires et 3) La pérennité des systèmes de santé centrés sur le patient.

Un principe fondamental de ce programme est de renforcer la participation du patient et du citoyen, c'est-à-dire pourvoir aux structures et ressources qui autonomisent les personnes afin qu'elles utilisent leurs propres atouts, restent actives dans l'évolution des politiques de santé, améliorent l'éducation à la santé et assurent leurs voix dans un système de santé centré sur le patient.

Dans le contexte des soins gynécologiques et obstétriques, la promotion de la santé est déjà présente afin de diminuer les facteurs renforçant le sentiment de *powerlessness* des patientes et des nouveaux parents. Chaque nouvelle intervention, pathologie, grossesse et naissance représente une nouvelle expérience et génère donc un certain stress et une peur de l'inconnu.

Aussi, les bénéficiaires d'un service d'obstétrique ne sont pas forcément malades. De plus en plus de patientes demandent à être actrices de leur processus de soin et de ne plus simplement "se faire" ausculter, accoucher ou accompagner. Le rôle de l'infirmier-e est crucial pour fournir du soutien afin qu'elles se sentent capables de prendre soin d'elles-mêmes et de développer leur autonomie, connaissance et compétences. Cela leur permet d'avoir un contrôle sur les facteurs

qui affectent leur santé et celle de leur enfant, leur pouvoir d'agir étant au centre de leur sentiment d'auto-efficacité.

Dans l'étude « Encountering abuse in health care ; lifetime experiences in postnatal women-a qualitative study », les auteurs font la conclusion que les professionnel-les de la santé peuvent aider les femmes qui ont un historique de maltraitance dans les soins (Schroll, Kjaergaard & Midtgaard, 2013).

Cette posture de promoteur-trice de la santé est donc en adéquation avec les recommandations internationales et s'inscrit dans la continuité des programmes déjà mis en place par l'OMS. C'est donc une démarche légitime de l'infirmier-e que d'appliquer ces interventions de promotion de la santé dans un contexte de gynécologie et obstétrique, a fortiori face à une problématique de violences.

### **Question de recherche**

Différentes problématiques ont été soulevées ci-dessus, en voici les points en guise de synthèse :

- De par ses multiples traductions, l'empowerment n'est pas thématiqué, usité et conscientisé de la même façon dans les soins selon les pays.
- Présence de l'empowerment dans les soins : sous différentes formes avec un écart entre la pratique.
- Chez les femmes victimes d'actes sexistes et inégalitaires dans les soins, l'empowerment est important.
- Les interventions infirmières favorisant l'empowerment ne sont pas souvent des actes conscients.

- Favoriser l'empowerment sous-entend la participation du patient ou de la patiente, ce qui n'est pas possible si l'infirmier-ère est dans une posture de "faire pour" au lieu de "faire avec".
- Si les composants de l'empowerment tels que la participation, le sentiment de compétence et la possibilité de prendre des décisions éclairées et autonomes, un sentiment de powerlessness apparaît.

Suite à ces constatations, voici une question de recherche permettant de déterminer les interventions infirmières adéquates :

**“Quelles sont les stratégies qui permettent de favoriser l'empowerment des personnes dans un contexte de violences gynécologiques et obstétricales ?”**

### **Objectifs**

L'objectif principal de cette question de recherche est d'implanter des compétences efficaces et praticables pour les soignant-e-s, avec pour visées:

- La prévention des actes de violences envers les patient-es,
- L'accompagnement de personnes ayant vécu ces violences afin d'apporter de la sécurité en les rendant actrices de leur processus de soin.
- Amélioration de l'estime de soi tant générale que concernant la santé sexuelle et reproductive.
- L'accroissement des facteurs protecteurs de santé et la réduction des risques liés à la population des femmes et au contexte des violences gynécologiques et obstétricales.

**Cadre théorique**

## **Concepts entourant l'empowerment les patient-es**

### **Promotion de la santé: le “bain” dans lequel nage l'empowerment**

En 1986, la Charte d'Ottawa, née de la Conférence Internationale pour la promotion de la santé définit cette dernière comme : « un processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci » (Carroll, 2006). Une telle posture professionnelle permet de donner des soins au-delà du contact direct entre soignant-e et soigné-e et de donner les clefs dans les mains des patient-es. Elle contribue à éduquer et responsabiliser ces dernier-ère-s tout en renforçant positivement les comportements protecteurs. L'auteur utilise ce paradigme puisque l'empowerment est un moyen qui s'inscrit dans la promotion de la santé.

### **Estime de soi**

L'estime de soi d'un-e patient-e contient plusieurs attributs que le processus d'empowerment permet de renforcer (Guerrin, 2012) :

- L'assertivité, qui représente l'affirmation de soi, la capacité à dire non ou donner ses limites et la capacité à donner son avis même s'il est contraire à l'interlocuteur.
- L'acceptation de soi, ses limites et défauts sans dévalorisation.
- La confiance en soi, sentiment qui pousse à réussir ce que l'on entreprend.

Ces axes sont importants pour les patient-es puisqu'ils peuvent les intégrer au processus d'empowerment face à la violence. Dans la pratique, ils se traduiraient par la capacité de dire non dans une situation d'inconfort ou de se positionner face au professionnel-le, s'accepter sans se dévaloriser après le vécu de violences, avoir confiance en soi pour prendre des décisions.

Selon Guerrin (2012), agir sur la posture de valorisation de l'autre impacte l'estime de soi : valorisation des réalisations passées ainsi que chaque réussite présente, valorisation du réseau de soutien ainsi que de l'autonomie de la personne, valorisation du changement de comportement.

Selon André (2005), le regard des autres est également une composante de l'estime soi, c'est pourquoi le regard du professionnel-le a un impact important pour valider le vécu, les valeurs et les besoins de chaque patient-e. Encore selon cet auteur, un des buts serait de pouvoir être dans l'action (pouvoir d'agir encore une fois) et de favoriser notre bien-être émotionnel. Des composantes essentielles dans un contexte de violences puisque l'action contre celles-ci ainsi que la reconstruction consécutive sont délicates à mettre en place.

### **Sentiment d'auto-efficacité ou de compétence**

Selon Bandura (1997), le sentiment d'efficacité personnelle est influencé par plusieurs éléments comme les expériences actives de maîtrise, les expériences vicariantes (apprentissage social, par le regarder faire et l'écoute, la rétroaction verbale (feedback), ainsi que les états physiologiques et émotionnels.

Ces éléments vont donc avoir un impact sur la performance et sur la motivation à changer un comportement, deux variables importantes du chemin vers le bien-être. La posture des professionnel-les se doit d'être dans une optique de renforcement positif afin que les patient-es aient "une conviction ferme d'être capable d'exécuter une tâche (confiance), capable de la mener à bien (capacité), au fil du temps (persistance) et lors de situations stressantes (forces). Leur rôle sera de modifier la perception du patient de sa propre efficacité personnelle (Lavoie et Chouinard, 2012).

## **Participation**

L'implication des patient-es dans une activité de santé, un soin, une intervention ou un partage a un effet d'auto-renforcement et fait donc partie du processus d'empowerment. Cela relève du rôle des professionnel-les de la santé d'appuyer cet engagement puisque cela les rend actifs dans les démarches de salutogenèse. Renforcer la participation, c'est pérenniser l'adhérence thérapeutique des patient-es et permettre à ces dernier-ère-s de ne pas être dans une posture de passivité.

Ces quatre derniers concepts sont précisément les piliers qui forment l'empowerment selon Ninacs, lui-même étant un moyen de mettre en pratique une attitude de promotion de la santé. La boucle se boucle puisque le concept de la promotion de la santé agit justement à travers l'estime de soi, le sentiment de compétence, la participation et la conscience critique du patient afin de l'encourager dans son pouvoir d'agir.

## **Aspects théoriques**

Dans la démarche de soins mise en place par les professionnel-les d'aujourd'hui, les soins sont orientés selon les besoins, valeurs, objectifs et décisions des patient-es. Si les professionnel-les se concentrent uniquement sur les connaissances médicales, les protocoles des établissements et les besoins du corps médical, le vécu et la partie "understanding" de l'anamnèse clinique infirmière est totalement mise de côté.

Les soins centrés sur la personne (Patient Centered Care) constituent un modèle théorique qui devient de plus en plus familier dans les soins de santé et les services sociaux au niveau mondial ; il est utilisé pour décrire une norme de soins qui garantit que le patient est au centre de la prestation. Elle prend en compte la

perspective du patient et sa réalité bio-psycho sociale et agit sur la relation soignant-soigné pour développer les capacités d'auto-soin de ce dernier.

Selon McCormack & McCance (2010), quatre grands principes sont définis pour les soins centrés sur la personne : traiter les personnes en tant qu'individus, respecter leurs droits en tant que personne, établir une confiance et une compréhension mutuelle, développer des relations thérapeutiques.

Afin de répondre à ces principes, il est primordial de travailler avec les croyances et les valeurs des patient-e-s (respect de la personne, de son contexte de vie). Cela permet de développer une image claire de ce que le patient valorise dans sa vie et comment il/elle comprend sa situation. Cela permet de cibler et comprendre l'utilisation de l'anamnèse.

Les stratégies recherchées pour favoriser l'empowerment devront être centrées sur le patient puisque, l'empowerment étant d'abord un processus intra personnel, il doit provenir de la personne directement. Il est possible d'investir quelqu'un du pouvoir, mais on ne peut l'approprier du pouvoir (Gagnon, 2006).

Un autre aspect important du concept est la prise de décision partagée (Shared Decision Making). Il est lié avec les croyances et les valeurs du patient et doit impliquer un processus de négociation, dont le succès repose sur des processus de communication réussis (McCormack & McCance, 2006). Cela représente un partage de pouvoir puisque les dyades soignant-soigné contribuent conjointement à la prise de décision médicale.

Cette approche est importante pour le processus d'empowerment du patient puisqu'il reprend le principe du patient-expert (on utilise l'éducation thérapeutique de la promotion de la santé) ainsi que celui du patient-acteur (en utilisant la participation).



## Méthode

### Démarches de la recherche

L'autrice a effectué ses recherches entre mai et juillet 2020 pour réaliser une revue de littérature. Afin de trouver les termes adéquats pour répondre à la question de recherche, plusieurs essais ont été faits sur les bases de données PubMed et Cochrane Library. En utilisant les mots MeSH ou mots-clefs "empowerment" avec "obstetric violence" ou "gynecology violence" les résultats n'étaient pas satisfaisants. En effet les articles se retrouvent plus axés sur les violences en tant que telles que les facteurs favorisant l'empowerment de la population choisie. Les mots-clefs "strategies" ou "nursing" ont été ajoutés à l'équation, d'une part pour restreindre le nombre de résultats trouvés et d'autre part pour axer la recherche sur des interventions concrètes d'empowerment.

Voici un tableau récapitulatif des équations de recherche. Uniquement celles ayant abouti à un article choisi sont ici présentées, c'est pourquoi aucune recherche de la Cochrane Library n'y figure. Le filtre de publication de 10 ans a été intégré.

Base de données	Équation de recherche	Résultats obtenus	Titre des articles choisis
PubMed, Pubmed.gov	"Empowerment" AND "woman" AND "obstetric" AND "violence"	129	"Obstetric violence: a new framework for identifying challenges to maternal health in Argentina"
PubMed, Pubmed.gov	"Empowerment" AND "strategies" AND "gynecology"	25	"From erasure to opportunity: a qualitative study of the experiences of transgender men around pregnancy and recommendations for providers"
PubMed, NCBI platform	"Empowerment" AND "woman" AND "obstetric" AND "violence" AND "nursing"	131	Women's empowerment and experiences of mistreatment during childbirth in facilities in Lucknow, India: results from a cross-sectional study"

### **Argumentation du choix des articles**

Afin de faire cette sélection, plusieurs critères d'exclusion et d'inclusion ont été choisis, dont :

- Publications après 2010, voire 2015.
- Articles traitant des stratégies favorisant l'empowerment.
- Articles en anglais.
- Études qualitatives et quantitatives.
- Éviter les articles sur les facteurs de risque ou les prévalences des violences envers les femmes.
- Éviter les articles concernant des situations de soins gynécologiques ou obstétricaux non-problématiques (physiologiques).
- Éviter les articles au contexte très général : santé mentale, oncologie, soins maternels dans leur ensemble, violence domestique, etc.

Les résultats étant nombreux concernant l'empowerment dans son ensemble, l'autrice a pu privilégier les articles directement établis dans le contexte de la question de recherche, c'est-à-dire celui des violences gynécologiques et/ou obstétricales. L'objectif de choisir des articles avec des recommandations stratégiques ou des applications pour la pratique professionnels a pu être atteint. À noter également que la population visée ne se compose pas uniquement de femmes, les hommes transgenres pouvant aussi être des patients des services de gynécologie et obstétrique.

## Résultats

### **Caractéristiques des articles retenus**

La présente revue de la littérature est constituée de trois articles qui permettent de répondre à la question de recherche et aux objectifs mentionnés plus tôt. On a de fait une étude qualitative phénoménologique [1] des États-Unis, une étude quantitative descriptive transversale [2] d'Inde et un article descriptif global [3] d'Argentine. Ces articles ont été publiés entre 2016 et 2017 et ont tous été cherchés en anglais. Les interventions recherchées sont celles concernant les stratégies favorisant l'empowerment et les facteurs influenceurs de son processus.

L'âge des échantillons est plus ou moins celui de la fourchette de procréation, cependant toutes les études n'ont pas précisé l'âge. Il s'agit de femmes cisgenres [2,3] et d'homme transgenres [1] ayant tous accouché d'un ou plusieurs enfants.

Concernant les instruments de mesure, l'étude qualitative [1] utilise des interviews semi-dirigés et l'étude quantitative [2] utilise l'échelle GEM (Gender Equitable Men scale) qui mesure les attitudes d'égalité de genre, associé ensuite au taux d'incidence d'expériences de maltraitance. Il n'y en a pas dans l'article descriptif argentin puisque les auteurs présentent directement les interventions globales mises en place dans le pays d'après les observations faites des violences envers les femmes.

Comme forces, les études ont pu représenter la diversité des expériences vécues en périnatalité en tant qu'homme [1] ou en tant que femme [2]. Chaque article amène une perspective innovante: la population des hommes transgenres comme patients obstétricaux [1] (peu d'études publiées) et l'égalité homme-femme comme aspect à travailler pour renforcer l'empowerment [2]. L'article [3] amène une

perspective différente que les études puisqu'elle expose directement les formes d'empowerment communautaires et institutionnelles déjà en oeuvre en Argentine.

Comme limites, il y a d'abord les langues et la culture attenante. L'échantillon de la première étude est composé d'anglophones venant des États-Unis [1] et pas d'autres origines. Il n'y avait pas de personnes s'identifiant comme non-binaire, ne souhaitant pas porter d'enfant ou n'ayant pas pu avoir une grossesse. L'annonce de recherche ayant été diffusée par des centres communautaires, l'étude ne représente pas ceux qui ne fréquentent pas ces lieux. Dans la deuxième [2], les participants venaient uniquement d'un quartier à bas revenu de Lucknow (Inde) et donc ne représentent qu'un unique bassin de population. Concernant l'instrument de mesure, l'échelle GEM a été utilisée uniquement sur des femmes, or d'autres études ont observé une différence entre les scores de celles-ci et ceux des hommes. Dans le contexte de l'Inde, cette perspective serait nécessaire pour comprendre la valeur de la mesure sur l'empowerment des femmes (étant donné l'absence des hommes dans celle-ci). Concernant le troisième article, aucun instruments de mesure n'est utilisé puisque ce n'est pas une étude scientifique. Les interventions décrites ne sont donc pas évaluées afin d'en déduire leur efficacité et pertinence.

Au niveau de la considération éthique, les participant-es des études ont donné leur consentement par écrit avant l'interview [1], ou par oral [2], les participants étant souvent analphabètes. Pour la revue systématique [3], l'approbation éthique a eu lieu lors de la rédaction des articles primaires et n'est donc pas mentionnée à nouveau.

## Présentation des résultats

**Article [1]: “From erasure to opportunity : a qualitative study of the experiences of transgender men around pregnancy and recommendations for providers” (Hoffkling, Obedin-maliver & Sevelius, 2017)**

Une première étude qualitative descriptive est choisie car les résultats permettent de démontrer les facteurs, situations et vécus qui nourrissent le processus de *disempowerment* chez les hommes transgenres dans un contexte de violences obstétriques. Les objectifs des auteurs sont de pouvoir identifier les besoins des hommes transgenres dans le processus de planification familiales et durant la période péri partum. Les auteurs mettent en lumière les stratégies utilisées pour favoriser l’empowerment et proposent de nombreuses pistes d’amélioration et d’interventions permettant d’éviter le sentiment de powerlessness sur la durée.

Des interviews semi-structurés ont été menés par un seul des auteurs pour la collecte de données. L’échantillon a été choisi sur 41 hommes transgenres n’ayant pas vécu une transition médicale ou chirurgicale et qui avaient pu donner naissance à leur enfant dans les 10 années précédant le questionnaire en 2013. Voici les résultats présentés par thématiques.

### **Diversité au sein de la population d’hommes transgenres donnant naissance.**

Les intentions reproductives, les sources de gamètes et le degré de révélation de la grossesse et/ou transidentité varient selon les participants. Le soutien social face à la grossesse diverge selon les participants. Pour certains ce fut une expérience très isolante tandis que pour d’autres le soutien et l’affirmation furent abondants de la part de l’entourage. Les communautés sont une source de résilience non-négligeable contre les défis, cependant plusieurs participants relevèrent que les

organisations pour le soutien des parents LGBT\* étaient mal équipées pour soutenir les parents transgenres.

**Barrières structurelles, effacement et transphobie: des défis pour veiller au processus de reproduction.**

***Une notion inexistante « d’homme enceint ».*** Le manque de modèle d’homme transgenre enceint est un grand facteur de perte d’autonomisation (« *disempowerment* ») des participants au sein et hors du contexte de santé. Selon eux, l’incidence de grossesse par des hommes transgenre étant en augmentation, les circonstances sont en amélioration. Cela démocratise les formes de transition de genre, la légitimité à porter un enfant en tant qu’homme et la possibilité à transitionner même en étant jeune.

***Un manque d’information biomédicales et de formation professionnelle.*** Le peu de connaissances et d’études biomédicales (effets de la testostérone sur les organes reproducteurs, facilité de conception, outcomes de la grossesse, santé mentale et lactation) frustre énormément les participants. Cette problématique limite la prise de décision informée et le début d’un processus de procréation. Il en résulte des professionnel·les qui refusent de traiter les hommes transgenres par inconfort, des soins moins appropriés ou des erreurs par méconnaissance. Les professionnel·les ayant une compréhension limitée des identités transgenres sont moins enclins à s’informer pour dispenser de meilleurs soins. La différenciation entre ce que les professionnel·les ne savent pas et ce que la recherche ne sait pas est également soulevée.

***Transphobie: soins médicaux inappropriés et accès aux soins.*** Les participants décrivent plusieurs situations de ce qu’ils ressentent comme de la



transphobie telles que se faire refuser des soins, être moqué, une attitude grossière et impolie, ou encore la menace par des services sociaux de retirer les enfants de leur garde. Des soins non nécessaires, voyeurs et superflus ont été relevés, concernant des soins intrusifs notamment (examen pelvien). Le spectre de la transphobie peut avoir un impact sur l'accès à des soins de qualité (exemple d'un participant qui a consulté 5 médecins afin d'avoir des antibiotiques appropriés à son allaitement). Cela représente un poids financier, temporel et énergétique dû au manque de familiarité des professionnel·les. Certains papas ont évité l'hôpital ou changé leur plans de soins sous pression de discriminations ou suite à des expériences invasives. Finalement, certains souffrirent du manque de soutien de leur médecin chirurgien ou endocrinologue qui ne pouvaient pas concevoir qu'un homme transgenre veuille également avoir des projets de reproduction. Les expériences positives suscitent plutôt une attitude de surprise chez les patients. Les soins appropriés sont vus comme exceptionnels ou inhabituels, la norme étant des soins invasifs et inconfortables.

***Effacement institutionnel.*** Les institutions ne prennent pas en compte la possibilité d'avoir des patients homme en obstétrique ; le matériel éducationnel, les toilettes, les décorations, tout est imaginé pour les femmes. Des difficultés logistiques sont aussi présentes, comme le management des systèmes informatiques pour la facturation ou la prise de rendez-vous, ainsi que la différenciation entre le prénom légal et le prénom usité. Les pères rapportent également que les soignant-e-s ne prenaient pas le temps de vérifier leur genre dans leur dossier. Finalement, des certificats de naissance refusaient de les mentionner comme « père ». Toutes ces conditions convergent vers le message que leurs vies ne peuvent pas exister comme telle dans le système et que leur identité n'importe pas. Cela représente un *disempowerment* économique et légal.

Cela prouve l'importance de protections légales et politiques pour les personnes transgenres pour perpétuer leur empowerment dans tous les aspects de la vie, y compris la santé et la reproduction.

***Congruence identitaire.*** Les participants se sont retrouvés à devoir choisir entre dissimuler leur identité de genre et autres informations médicales importantes afin de recevoir des soins de qualité, et la divulguer et risquer d'être sujet à des procédures invasives, des questions inappropriées ou des difficultés liées aux décisions des médecins et des banques de sperme. Voilà encore une forme de *disempowerment*, les desservant et les privant de soins à la hauteur de leurs besoins, leurs attentes et leurs droits.

#### **Stratégies mises en place ou souhaitées pour favoriser l'empowerment.**

***Guidance anticipée.*** Les participants expriment plusieurs éléments qu'ils auraient souhaité aborder en amont de leur prise en charge. Cela concerne principalement des informations biomédicales sur tout le processus telles que la préservation de la fertilité dans le processus de transition, l'impact des procédures d'affirmation de genre sur leur santé reproductive, les changements émotionnels ou d'humeur attendus liés à la testostérone, la grossesse et le post-partum, etc.

Face à ce manque, ils témoignent avoir dû faire leurs recherches de manière informelle, par d'autres canaux que leur équipe soignante. Les conseils anticipés peuvent renforcer l'empowerment en soutenant leur processus de décision et renforçant les relations entre soignant-soigné.

***Sollicitation des patients à des soins individualisés.*** Les patients transgenres veulent promouvoir les prises de décisions personnalisées à chaque situation et dyade soignant-soigné; cela est un signe encourageant de processus d'empowerment. Leur initiative démontre que les professionnel·les jouent ici un rôle

important sur le partenariat et qu'ils-elles se doivent d'encourager et de soutenir ces décisions.

**Visibilité.** Faire le choix de porter un enfant en tant qu'homme transgenre est en soi un acte d'empowerment puisqu'il dépasse les barrières culturelles qui refusaient initialement les choix reproductifs de ces personnes en tant qu'individus. Les participants de l'étude ont la perception que l'incidence de grossesse par des hommes transgenres augmente et améliore donc leur représentativité au sein de la population. Ils expriment de l'optimisme quant à l'amélioration des circonstances de procréation et quant à la légitimité à porter un enfant en tant qu'homme.

**Recommandations.** Suite à ces nombreux éléments de témoignages sur les facteurs amenant un disempowerment, les auteurs firent le travail de proposer des recommandations concrètes pour différents contextes et objectifs. Ces tableaux sont à lire en annexe.

Pour conclure, les auteurs souhaitent que la sensibilisation des expériences des patients transgenres d'hier forgeront l'empowerment de ceux de demain.

**Article [2]: “Women’s empowerment and experience of mistreatment during childbirth in facilities in Lucknow, India: results from a cross-sectional study” (Diamond-Smith et al., 2017)**

Cette étude quantitative transversale est retenue afin de fournir des informations sur les perceptions d'inégalité de genre résultant d'un processus de *disempowerment*. Les buts des auteurs sont d'identifier les associations entre les expériences de maltraitance durant l'accouchement et l'empowerment de ces femmes selon leurs attitudes face aux normes de genre.

Un échantillon de femmes entre 16 et 30 ans (n=392) fut sélectionné aléatoirement sur les 713 bidonvilles de Lucknow. Des assistants de recherche firent du porte à porte avec des questionnaires pour relever les caractéristiques démographiques, les expériences de maltraitements durant l'accouchement et les normes d'égalité des genres mesurées avec l'échelle Gender Equitable Men (GEM).

**Incidence de maltraitance et croisement avec les données démographiques.** En résumé, 16,8% des femmes ont signalé de la discrimination, 15,5% des abus physiques, 28,6% des abus verbaux, 12,2% des menaces de suspension des traitements, 4,6% une absence d'information, 10,2% de l'abandon ou de la négligence, 10,5% avoir accouché seule, 10,5% le refus de choisir sa position d'accouchement, 19,6% le refus d'avoir son compagnon présent, 24,2% avoir reçu des demande de paiement ou de pot-de-vin, 4,3% une séparation inutile de leur bébé.

Il n'y a pas de différences dans les signalements de maltraitance selon l'âge, le nombre d'enfant, le niveau de formation, la différence d'éducation, la religion ou le statut de travailleuse. Cependant, le taux de maltraitance est significativement plus élevé chez les femmes de certaines castes<sup>1</sup> (71,74% pour les « Scheduled Tribe » et 63,52% pour les « Scheduled Caste »), chez les femmes non-migrantes et les femmes du quintile du niveau de richesse le plus élevé.

**Croisement entre l'incidence de maltraitance et l'échelle GEM.** Cet instrument de mesure capture les normes entre les genres perçus par les personnes à travers

---

<sup>1</sup> Le gouvernement indien post-colonial intégra une terminologie pour les groupes de castes marginalisées et de bas statut. Les "Scheduled Castes" (16,6% de la population en 2011) sont les communautés "untouchables" historiquement opprimées et confrontées à l'exclusion et l'isolement social, éducatif et économique. Les "Scheduled Tribes" (8,6%) sont elles marginalisées par leur isolement géographique. Les "Other Backward Classes" (41% en 2006) sont les autres communautés marginalisées qui ne rentrent pas dans les "Scheduled". Dans cette étude, les castes "Other" correspondent aux communautés plus avantagées qui font partie des 4 *varnas* de l'ancienne hiérarchie hindoue.

quatre domaines: “Violence”, “Relations Sexuelles”, “Santé reproductive et prévention des maladies”, “Tâches domestiques et vie quotidienne”. Pour chaque domaine, les personnes répondent si elles sont d'accord (1), partiellement d'accord (2) ou pas d'accord (3) avec les affirmations proposées. Le score obtenu est ensuite mis en exergue avec le questionnaire sur les maltraitances durant l'accouchement afin de mesurer son influence sur la santé maternelle et reproductive. De manière générale, il en résulte que plus les normes sont égalitaires et les perceptions des femmes progressistes, plus la probabilité de signaler des maltraitances est basse. Idem dans l'autre sens, les femmes qui signalent de la maltraitance ont un score GEM significativement plus bas que celles qui n'en signalent pas.

**Score du domaine “Violence”.** Il comprend 6 affirmations et le score moyen obtenu est de 11,75 sur 18 (1,96 sur 3 par affirmation). Les chercheurs suggèrent que les normes sociales autour de la violence faite aux femmes sont reliées directement à la façon dont elles sont traitées dans les services de soins (Jewkes et Penn-Kekana, 2015). Dans cette étude, les déclarations de maltraitances reflètent soit les normes communautaires de violences admises soit leur relation avec leur mari. L'acceptation de la violence joue un grand rôle: elle influence le traitement par les professionnel-les et comment les systèmes de soins traitent les femmes en général. Les femmes moins tolérantes à la violence sont plus à même de s'entourer d'une communauté les protégeant et de reconnaître les comportements maltraitants.

**Score du domaine “Relations sexuelles”.** Il comprend 8 affirmations et le score moyen obtenu est de 15,21 sur 24 (1,90 sur 3 par affirmation). Les points de vue plus progressistes des femmes pourraient refléter une relation plus égalitaire avec leur mari. Les auteurs font l'hypothèse qu'un plus grand empowerment des

femmes dans les relations maritales augmenterait le soutien des maris et l'autonomie de la femme pour choisir ses soins et prestataires.

**Score du domaine “Tâches domestiques et vie quotidienne”.** Il comprend 5 affirmations et le score moyen obtenu est de 9,24 sur 15 (1,85 sur 3 par affirmation). Les femmes qui ont un soutien au niveau des tâches chercheront plus facilement des soins de qualité (notamment pour les soins prénataux). Cela peut aussi être expliqué par une meilleure communication entre les membres du ménage de ces femmes plus “*empowermentées*” sur leurs besoins de santé.

**Score du domaine “Santé reproductive et prévention des maladies”.** Il comprend 5 affirmations et le score moyen obtenu est de 12.01 sur 15 (2,40 sur 3 par affirmation). Proportionnellement, c'est donc le score le plus élevé. Ce résultat suggère que ces femmes utilisent plus facilement une contraception (score de 2,52 sur 3 concernant la perception d'une femme qui utilise un préservatif) et qu'elles considèrent moins que leur valeur repose sur le sexe et le nombre de leurs enfants (score de 2,53 sur 3 concernant le fait “qu'un vrai homme produit un enfant mâle”).

**Croisement entre les données démographiques, l'incidence de maltraitance et les scores GEM.** Les femmes du quintile supérieur<sup>2</sup> de richesse ont plus tendance à signaler la maltraitance tout en ayant tendance à avoir des normes moins égalitaires concernant leur rôle de femme (score GEM bas). Dans la situation inverse, les femmes venant de castes plus marginalisées ont tendance à signaler la maltraitance tout en ayant moins tendance à avoir un score GEM supérieur à la moyenne. Les femmes de bas statut et les femmes plus aisées ont donc les même associations entre leur score GEM et incidence de maltraitement.

---

<sup>2</sup> Ces femmes n'étaient pas “riches” en comparaison à la moyenne nationale ou même de leur ville. Elles étaient plutôt plus riches que leurs voisins direct dans ces quartiers à bas revenus (bidonvilles).

**Renforcer l’empowerment des femmes pour réduire les maltraitances obstétriques, à travers ses rôles et opportunités socio-démographiques.** Les femmes plus “*empowermentées*” seraient plus à même de reconnaître la valeur des services de santé et d’avoir les ressources ou les outils pour les utiliser à leur profit. Leur interaction avec les professionnel·les serait différente, les présentant comme plus digne de respect et diminuant donc le risque de maltraitance. Ces femmes seraient plus facilement entourées de proches partageant leurs valeurs d’égalité, permettant ainsi de défendre leurs intérêts et les aider à recevoir de meilleurs soins. En conclusion, les femmes ne pourront pas profiter d’une plus haute qualité de soins sans des améliorations concomitantes de leur autonomie en amont. L’empowerment est étroitement affecté par ses attributions sociales, ses caractéristiques démographiques, son contexte institutionnel et ses droits légaux .

**Article [3]: “Obstetric violence: a new framework for identifying challenges to maternal healthcare in Argentina” (Vacaflor, 2016)**

Ceci est un article plutôt descriptif de la stratégie globale présente en Argentine. Malgré son niveau de preuve peu élevé, cet article est choisi car il présente les différents moyens mis en place dans le pays pour favoriser l’empowerment face à la problématique des violences faites aux femmes.

Les auteurs ont cherché à explorer le concept de la violence obstétricale pour identifier les pratiques de santé qui constituent des abus et maltraitances, qui nuisent ou mettent en danger la santé de femmes, et finalement qui bloquent l’autonomie dans la prise de décision (*disempowerment*). Suite à cette identification, les auteurs rapportent les différentes mesures mises en place afin de contrer ces maltraitances et favoriser l’empowerment des femmes victimes.

**Les violences obstétricales comme problématique de santé publique.** Les abus et maltraitements des femmes ont été identifiés comme facteurs les dissuadant de profiter des structures de santé maternelle. En réponse à cela, la Pan-American Health Organization (PAHO) souligna l'importance de soins basés sur des preuves scientifiques et sur les préférences, droits et principes du patient au lieu de se focaliser uniquement sur la pathologie. Cette approche soutient des soins sécurisés, efficaces et individualisés, tout en éliminant les interventions inappropriées ou inutilement risquées.

Pour remédier à ces fossés de connaissances traduits par des pratiques injustifiées et néfastes, le Ministère de la Santé mis sur pieds des guidelines cliniques pour des pratiques sûres et evidence-based. Cependant, plusieurs études analysées par les auteurs ont relevé que ces guidelines ne sont que peu introduites dans la pratique clinique, malgré les efforts de ces politiques de santé.

**Les violences obstétricales comme violation des droits humains.** Dans le contexte des soins, les violences obstétricales sont considérées comme une entrave ou nullification des droits humains des femmes.

Selon la Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women (la CEDAW, un des traités ratifiés par l'Argentine), les violences basées sur le genre sont considérées comme une discrimination et une violation au droit à être libre de tout traitement cruel, inhumain ou dégradant. Les formes d'humiliation et de maltraitance constituent des violences verbales et physiques qui sont considérées comme une violation du droit de la femme à l'intégrité personnelle, physique et psychologique. Enfin, les abus et le manque de respect concernant le consentement éclairé constituent également une violation de droit à l'intimité et à l'accès à l'information.



En réponse à ces constats, le “Statute on Humanized Labor” de 2004 a reconnu plusieurs droits pour les femmes en tant que patientes.

***Participation et conscience critique.*** Le droit à la participation au traitement, le droit à l'information sur les différentes interventions médicales possibles, et le droit de choisir librement parmi les alternatives améliorent l'autonomie décisionnelle.

***Intimité et valeurs culturelles.*** Dans la pratique des soins, le droit au traitement respectueux et le droit à l'assistance médicale individualisée garantissent l'intimité et le respect des valeurs.

***Empowerment des femmes victimes devant la justice.*** Cette ordonnance encourage à ce que les femmes soient “*empowermentées*” à défendre leurs droits et à amener ces violations de leurs droits devant la justice. Face au faible nombre de plaintes déposées pour violences obstétricales, l'Argentine reconnait le droit des femmes à un accès efficace et opportun à la justice, créant de surcroît des avocats pour défendre les violences basées sur le genre et garantissant une représentation légale gratuite. Cette mesure amène un outil légal supplémentaire afin que les femmes aient accès aux tribunaux avec moins de barrières financières.

***Synthèse des axes de stratégies pour les droits.*** Pour conclure, l'empowerment des femmes est donc amélioré par l'éducation sur leurs droits, les obligations imposées aux professionnel-les de la santé et les ressources judiciaires disponibles.

**Les violences obstétricales comme stéréotypes de genre non éthiques.** Une étude médicale reflète que dans la culture sanitaire les femmes enceintes sont objectifiées et réduites à leur fonction reproductrice (Checa, 1996). Les stéréotypes

de genre sont problématiques quand ils servent à ignorer les choix ou capacités d'une personne par le mépris de ses droits ou par l'ancrage de la hiérarchie des genres. Les femmes en sont impactées disproportionnellement puisque, renforcées dans leur pseudo-rôle primaire de mère, d'individu vulnérable ou de décideuse incompetente, elles y perdent leur capacité décisionnelle face aux connaissances médicales. Une étude de Buenos Aires relève que seulement 42% du personnel soignant informait systématiquement les femmes sur leurs interventions médicales et que 30% considérait que les mères ne devraient pas choisir leur position d'accouchement. Une étude qualitative relève que les femmes ignoraient que cela était leur choix, pensant que c'était une décision médicale. Pour synthétiser, les médecins de ces études considèrent inutile d'informer les femmes sur leurs choix, de prendre en compte leurs besoins et préférences, généralisent et pathologisent les ressentis et expériences de ces femmes, les dépouillant de leur pouvoir de décision et d'autonomie corporelle, et standardisent leurs besoins individuels.

Afin d'altérer ce paradigme, les politiques sanitaires recommandent un changement de modèle de soins visant une approche individualisée qui prend en compte les besoins tant physiologiques qu'émotionnels et culturels. D'un point de vue éthique, les patientes doivent être respectées comme des êtres moraux capables, préservées des stéréotypes infantilisants.

### **Synthèse des résultats**

Au vu des nombreux résultats, l'autrice a choisi de les catégoriser en fonction des types de stratégies selon les 3 niveaux de l'empowerment selon Ninacs (c.f. chapitre de la problématique et l'appendice 3 des annexes).

Cette catégorisation est pertinente car elle permet au professionnel-le de la santé de directement projeter à quel niveau de sa pratique il-elle peut appliquer ces stratégies favorisant l'empowerment.

### **Stratégies individuelles**

**Participation.** Les patients transgenres veulent s'investir dans leur processus de soins avec leur équipe médicale afin de valoriser leur pouvoir décisionnel. Cela leur permet de s'affirmer comme patients actifs et de garder leur autonomie corporelle.

**Estime de soi.** L'empowerment individuel est mis à mal lorsque les personnes manquent de modèles identiques à leur situation. C'est le cas pour les hommes transgenres dont la grossesse est encore peu démocratisée et les femmes victimes de violences obstétricales qui cherchent à défendre leurs droits devant la justice.

Toutes formes de maltraitance vécues portent atteinte à l'estime de soi des personnes. Liste non-exhaustive de ce que les auteurices des articles choisis ont relevé : jugements, moqueries, grossièreté, actes de discriminations (Hoffkling, Obedin-maliver & Sevelius (2017), menaces, abus physiques et verbaux, absence d'information, abandon ou négligence, séparation inutile avec le bébé, refus de choisir une position d'accouchement et d'avoir un partenaire présent (Diamond-Smith et al, 2017).

Les patient-es qui bénéficient du soutien de leur équipe médicale se sentent valorisés dans leur rôle d'expert de leur maladie

**Compétences.** Le manque de connaissances des professionnel-les sur les problématiques de transidentité et de reproduction limite la prise de décision informée des patient-es. Ceci représente un facteur de disempowerment sur la capacité de choisir (autonomie pragmatique).

Les patient-es frustré-es du manque d'informations données par les professionnel-les font leurs recherches par d'autres moyens. Les pères transgenres soulèvent qu'aborder toutes les thématiques du processus en amont de la prise en charge, afin de renforcer leur empowerment de décision éclairée.

### **Stratégies collectives**

**Compétence.** Le manque de connaissances biomédicales des professionnel-les impacte négativement sur l'offre en soins proposée et les trajectoires thérapeutiques des patient-es. Exemple: le peu d'études menées sur la reproduction des hommes transgenres qui représentent une collectivité.

**Capital communautaire.** Les communautés entourant une personne sont une source de résilience non-négligeable. Toutefois, les organisations ne sont pas toutes équipées pour répondre aux besoins spécifiques de certaines populations (comme les organisations LGBT face aux parents transgenres).

### **Stratégies institutionnelles**

**Compétence.** Par manque de connaissances sur les populations de patients (exemple des hommes transgenres) ou sur les pratiques actualisées (evidence-based) des professionnel-les, la qualité des soins proposés sera affaiblie. Les établissements de santé s'en verront moins bien cotés par rapport à leurs homologues régionaux ou nationaux.

**Reconnaissance.** Reconnaître la place de certains besoins précis des patient-es est primordiale dans les prises en charge institutionnelles. Par exemple du matériel éducatif adapté (langue, diversité de la population visée, etc), gestion des dossiers informatiques adéquats (genre de la personne, intimité).

Les patient-es ont besoin de protection légale, judiciaire et économique. La reconnaissance de paternité des pères qui accouchent est un exemple, le soutien aux victimes de violences pour déposer plainte devant la justice un autre, tout en prenant compte de leur possibilités financières.

## Discussion

## Discussion en lien avec l'analyse

### Lien avec les stratégies de niveau individuel

#### Éviter les facteurs de disempowerment.

De nombreux facteurs entravent le processus d'empowerment des patients et favorise à la place le processus opposé, celui du *disempowerment*. A l'opposé du sentiment d'auto-efficacité, il amène donc vers celui de *powerlessness*. Dans l'étude de Hoffkling, Obedin-Maliver & Sevelius (2017) [1], ces facteurs sont très présents sous les formes de la perte d'affirmation de l'identité et de l'effacement institutionnel. Ces deux manifestations atteignent d'une part l'intégrité de la personne (perte ou minimisation de l'identité individuelle construite) et d'autre part le sentiment de légitimité de la personne (abstraction de sa représentation comme population dans le système de santé).

Mettre en avant les facteurs favorisant le *disempowerment* permet d'en déduire les stratégies d'empowerment praticables. Ceci rend très concret le fait que les deux concepts sont indissociables, que les patient-es sont sur une balance et que les interventions peuvent partir de l'état visé comme de l'état à améliorer.

Bien que les traductions ne soient pas encore unanimement adoptées ("autonomisation" en France, "enpouvoirisation" au Canada, "pouvoir d'agir" ...), la transférabilité en Suisse est tout à fait imaginable puisqu'une fois les composantes décortiquées, on retrouve des concepts connus et appliqués dans la pratique.

**Valoriser l'estime de soi.** Étant une partie intégrante de la construction de l'empowerment individuel, le concept de l'estime de soi des patient-e-s représente une auto-évaluation qui est facilement influençable positivement ou négativement. Selon les résultats de Diamond-Smith et al. (2017) [2], les femmes qui se

considèrent dignes de respect face aux professionnel-le-s de la santé laissent transparaître une meilleure estime de soi. Elle peut cependant être mise à mal par des attitudes dénigrantes, infantilisantes ou culpabilisantes de la part des soignants. Cela fait le lien avec ce que André (2005) décrit comme composante du concept: le regard des autres, donc par extension celui des professionnel-les. Dans le contexte indien du deuxième article [2], la perception de la violence et des rôles des femmes dans l'égalité homme-femme montre très bien comment une attitude condéscendante ou dénigrante peut effriter l'estime de soi des femmes et les rendre encore plus encline à accepter des formes de maltraitance. Il en revient de notre rôle professionnel de poser un regard sain et digne sur les patient-es.

**Appliquer l'approche centrée sur le patient.** Prendre en compte les besoins, valeurs, préférences, croyances, connaissances et expériences des personnes est cruciale dans la relation thérapeutique et permet de prodiguer des soins individualisés. C'est dans cette relation que l'on peut appliquer l'approche de la décision partagée (Shared Decision Making), ce qui rend les personnes actrices de leur processus de soi. Dans un contexte de santé périnatale ou gynécologique, considérer le soigné comme un patient-expert permet de le mettre au même niveau que le soignant et de l'impliquer dans la relation thérapeutique (participation).

### **Lien avec les stratégies de niveau communautaire**

**Approche de la conscience critique collective.** En évaluant la qualité des connaissances des équipes soignantes et des informations partagées, les patients font avancer la conscience critique collective. A travers leur témoignage comme dans l'étude de Hoffkling (2017), ces personnes permettent de



**Promotion et prévention des risques dans la santé publique.** Si l'empowerment des bénéficiaires de soins gynéco-obstétricaux permet de mieux faire face à la problématique des violences - en amont ou par après, en reconstruction - il serait intéressant d'implanter ses mécanismes dans les démarches de prévention des risques. Une telle forme de stratégie globale s'inscrit d'ailleurs dans la Patient Empowerment Campaign lancée en 2015 par le European Patient's Forum. Cette campagne met en avant 5 axes d'application où l'on peut imaginer des interventions visant autant les individus que les communautés et le niveau institutionnel: "education, expertise, equality, experience and engagement" (infographie de Appendice H des annexes). Cette campagne promeut la participation dans les 3 niveaux avec le partage de son expertise de patient, le partage de son expérience avec d'autres patients et associations puis en s'engageant dans des infrastructures qui font avancer l'écosystème sanitaire. Ensuite les compétences avec l'éducation au patient et le self-management, et finalement la décision partagée.

**Droit du patient et angle judiciaire.** L'article descriptif argentin [3] présente justement comment favoriser l'empowerment d'un point de vue judiciaire. Établir des droits précis permet finalement aux personnes de s'y référer si elles se sentent lésées et veulent porter plainte. Leur garantir un accès à la justice réalisable économiquement et légalement est une autre mesure donnant les outils pour s'éloigner du sentiment de powerlessness.

### **Lien avec les stratégies de niveau institutionnel**

**Planification hospitalière.** Que ce soit à travers l'organisation d'un service pour refléter l'inclusivité des différentes populations (stratégie de reconnaissance)

ou à travers la formation du personnel soignant (sensibilisation éthique, communication, nouvelles guidelines), les institutions se doivent de démontrer qu'elles sont conscientes des problématiques de violences. C'est à leur avantage de montrer qu'elles suivent l'évolution des mœurs sociales et culturelles.

**Missions et philosophies des institutions.** La problématique des violences gynéco-obstétricales est une violation déontologique de la pratique des soins. Bien que les violences ne soient pas une accusation dirigées vers les professionnel-les (ce qui est encore aujourd'hui faussement compris), elle pointe du doigt les pratiques inutiles, intrusive, sexistes,

### **Démonstration de la réponse à la question de recherche et objectifs**

Pour rappel, la question de recherche de l'autrice est la suivante : "Quelles sont les stratégies qui permettent de favoriser l'empowerment des personnes dans un contexte de violences gynécologiques et obstétricales ?"

Un constat clair démontré par Vacaflor (2016) est que le concept des violences obstétricales permet d'identifier les pratiques persistantes qui nuisent à l'empowerment des femmes en matière de santé. Il est donc possible d'en dégager les pratiques inverses et de les incorporer dans des stratégies favorisant l'empowerment, en partant donc de leur *disempowerment*.

En agissant à différents niveaux - individuels, communautaires et institutionnels - et à travers différents prismes, chaque aspects de la trajectoire thérapeutique des patient-es sont renforcés.

### **Forces et limites**

Cette revue de littérature présentent trois articles de 3 pays différents mais aucun d'entre eux ne présente une population européenne. Cela pourrait rendre difficile la transférabilité dans la pratique suisse étant donné les différences culturelles d'égalité de genre, de place de la femme et de reconnaissance de la problématique des violences gynécologiques et obstétricales.

Néanmoins, elle présente plusieurs perspectives qui sont applicables sur le terrain et permettent de cerner toute la potentialité de recherches scientifiques encore à faire. Les résultats sont très variés et proposent des interventions d'empowerment tant pour prévenir que soutenir les victimes de violences obstétricales.

## **Recommandations**

### **Renforcer l'empowerment dans la pratique à travers différents prismes**

- Prisme de l'égalité homme-femme: en amont de la pratique professionnelle sanitaire, toutes formes de promotion de l'égalité des genres affectent positivement le processus d'empowerment des femmes. Des droits égaux, des salaires égaux, une répartition des tâches domestiques égale, un partage des responsabilités reproductives égalitaire, un pouvoir de décision et d'agir égalitaire ainsi que l'abolition de toute hiérarchie des genres sont les attentes de base des femmes pour l'égalité.
- Prisme de la relation thérapeutique: dans la continuité de l'égalité des genres, instaurer systématiquement l'approche de décision partagée dans les formations des professionnel-les de la santé. D'une part pour améliorer le sentiment de compétences des patient-es et d'autre part pour lutter contre

toute forme de hiérarchie dans la dyade, qu'elle soit liée à la différence d'âge, de niveau social ou de niveau d'éducation. Toute forme d'autorité et de supériorité de la part des professionnel-les est à déconstruire.

- Prisme de l'approche centrée sur le patient: les professionnel-les de la santé sont encouragé-es à considérer les patient-es comme des individus avec des besoins, des capacités, des connaissances, des valeurs et des contextes biopsychosociaux différents.
- Prisme des politiques de santé publique : le processus d'empowerment des patient-es est à introduire dans les mesures de promotion de la santé mises sur pieds dans les programmes nationaux et régionaux. Il en va de même dans la formation professionnell de la santé, cette posture faisant partie du référentiel de compétence de nombreuses professions socio-sanitaires dont les soins infirmiers.

### **Perspectives pour la recherche**

- Étendre les études sur la santé reproductive des hommes transgenres, ayant fait une transition hormonale/chirurgicale ou non, voulant porter un enfant ou non. Étudier les effets des traitements d'affirmation de genre sur leurs options de projet familial: préservation de la fertilité, modes de conception, impacts sur la santé mentale, allaitement, etc.
- Utiliser des interventions favorisant l'égalité des genres pour mesurer leurs impacts sur l'empowerment des patient-es.
- Évaluer les effets d'un programme global national ou régional contre les violences gynécologiques et obstétricales selon les mesures mises en place. Comparer leur efficacité selon si elles sont appliquées au niveau des

institutions sanitaires (guidelines, formation professionnelle), de la population en général (promotion de la santé, prévention des risques, cadre légal) ou des patient-es directement (éducation thérapeutique, soutien aux victimes).

- Investiguer l'impact du sentiment d'empowerment des professionnel-les de la santé sur celui des patient-es.

## Conclusion

En conclusion, les objectifs de la démarche “d’empowerisation” des patients se doivent d’être individualisé tout en étant nourrie de collaborations et d’interactions avec les niveaux communautaires (empowerment collectif) et organisationnels permettant de lier l’empowerment individuel et collectif. De nombreuses lignes d’accès sont possibles pour intervenir, que ce soit en partant des professionnel·les, des patient·es ou de la population en générale.

L’empowerment va bon train vers une monosémie dans le domaine des soins théorique, encore faut-il que dans la pratique elle soit valorisée comme partie intégrante des interventions infirmières. Tous les moyens sont là, les concepts déjà connus et appliqués n’ont plus qu’à être conscientisés dans leur ensemble.

De nombreux apprentissages ont été faits durant ce travail, notamment les différents angles par lesquels un·e infirmier·e peut innover et proposer des améliorations favorisant l’empowerment.

## Références bibliographiques



- Le Bossé, Y., Dufort, F., & Vandette, L. (2004). L'évaluation De L'empowerment Des Personnes: Développement D'une Mesure D'indices Psychosociologiques Du Pouvoir D'agir (MIPPA). *Canadian Journal of Community Mental Health*, 23(1), 91–114. <https://doi.org/10.7870/cjcmh-2004-0007>
- Fayn, M.-G., Des Garets, V., & Rivière, A. (2017). Mieux comprendre le processus d'empowerment du patient . *Recherches En Sciences de Gestion*, 119(2), 55. <https://doi.org/10.3917/resg.119.0055>
- Encyclopedia Britannica. (2020). Planned Parenthood - History & Facts. Retrieved from <https://www.britannica.com/topic/Planned-Parenthood-organization>
- Macon, B., Rufin, F., Delbaere, M., & Itasse-Hautecoeur, V. (2007). *Création d'un Référentiel Européen de compétences en Soins Infirmiers*. <https://cadredesante.com/spip/profession/recherche/Creation-d-un-Referentiel-Europeen>
- McCormack, B., & McCance, T. (2010). *Person-Centred Nursing Theory and Practice*. Oxford : Wiley-Blackwell
- Ninacs, W.A. (2008). *Empowerment et intervention : Développement de la capacité d'agir et de la solidarité*. Québec. Les presses de l'Université Laval.
- Calvès, A.-E. (2009). Empowerment: The History of a Key Development Discourse. *Revue Tiers Monde*, 200(4), 735–749.
- Bousquet, D., Couraud, G., & Collet, M. (2018). Les actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical. *Haut Conseil à l'égalité Entre Les Femmes et Les Hommes*, 164. <http://www.nouvelobs.com/rue89/nos-vies-intimes/>
- Konbini. (n.d.). Violences gynécologiques : des témoignages glaçants. Retrieved from <https://www.youtube.com/watch?v=akWaaqmNmK>
- Marie Accouche Là. (n.d.). Buzzfeed - Violences gynécologiques : pour briser le tabou, trois femmes nous racontent. Retrieved from <https://www.youtube.com/watch?v=RauV57IOoJY>
- Déchalotte, M. (2017). *Le Livre noir de la gynécologie. Maltraitance gynécologiques et obstétricales: libérer la parole des femmes*
- Jakab, Z. (2012). Patient empowerment in the European Region - A call for joint action. *First European Conference of Patient Empowerment*.
- Bassleer, B., Boulanger, J.-M., & Menozzi, C. (2014). *L'empowerment des patients : pourquoi et comment*.
- Lecture, O. R. D. E. (2009). Compte rendu de lecture Ninacs (2008). *Empowerment et intervention: Développement de la capacité d'agir et de la solidarité*. Québec . Les presses de l'Université Laval . *Passerelles, Cahier de Recherche et d'initiatives Sociales Sur Le Développement Du Pouvoir d'agir Des Personnes et Des Collectivités*, 1(1), 147–150.

- [1] Hoffkling, A., Obedin-maliver, J., & Sevelius, J. (2017). From erasure to opportunity : a qualitative study of the experiences of transgender men around pregnancy and recommendations for providers. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(Suppl 2). <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1491-5>
- [2] Diamond-smith, N., Treleaven, E., Murthy, N., & Sudhinaraset, M. (2017). Women's empowerment and experiences of mistreatment during childbirth in facilities in Lucknow, India : results from a cross-sectional study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17 (Suppl 2). <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1501-7>
- [3] Herrera Vacaflor, C. (2016). Obstetric violence : a new framework for identifying challenges to maternal healthcare in Argentina. *Reproduction Health Matters*, 24(47), 65–73. <https://doi.org/10.1016/j.rhm.2016.05.00>

## Liste des annexes

Appendice A : Types de violences gynécologiques et obstétricales et exemples

Appendice B : **Figure 1.** Les 4 temps et les 9 étapes de *l'empowerment* du patient selon Fayn.

Appendice C: **Figure 1.** Composantes de l'empowerment individuel selon Ninacs

Appendice D: Grille de résumé – Article 1

Appendice E: Grille d'analyse – Article 1

Appendice F: Grille de résumé – Article 2

Appendice G: Recommandations - Article 1

Appendice H: Infographie - Patient Empowerment Campaign

## Appendice A

### Types de violences gynécologiques et obstétricales et exemples

Tableau fait selon le rapport du HCE français et selon des témoignages dans les médias (Twitter avec le #payetonuterus ou #payetongyneco, Instagram, Youtube, etc).

Types	Exemples concrets	Témoignages
Non prise en compte de la gêne de la patiente, lié au caractère intime de la consultation	<ul style="list-style-type: none"> <li>Déshabillage systématique, nudité complète.</li> <li>Entrée de personnel en formation en salle d'accouchement sans demande préalable.</li> <li>Pas de draps ou de blouse pour se couvrir.</li> <li>Portes ouvertes lors d'une consultation, examen ou accouchement.</li> </ul>	
Propos porteurs de jugements sur la sexualité, la tenue, le poids, qui renvoient à des injonctions sexistes.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Jugements homophobes, lesbophobes, transphobes.</li> <li>Propos sur le manque, le peu ou la pluralité de partenaires.</li> <li>Propos dénigrants du désir ou non d'avoir un enfant.</li> <li>Propos sur l'apparence physique en postpartum.</li> <li>Commentaire sur la morphologie génitale, les piercings, les tatouages ou les prothèses.</li> <li>Critique sur une situation de grossesse non-désirée ou sur un choix face à cette grossesse.</li> <li>Communication rabaissante, infantilissante, culpabilisante.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>"Un stérilet, c'est dangereux quand on a plusieurs partenaires. Vous allez attraper tout un tas de maladies sexuellement transmissibles. - Mais je n'ai qu'un partenaire. - À votre âge, je sais très bien comment ça fonctionne. Vous avez plusieurs partenaires."</li> <li>"Pensez à faire des enfants, sinon vous reviendrez dans 10 ans quand vous n'arriverez pas à en avoir".</li> <li>"Vous étiez plus jolie la dernière fois que je vous ai vu"</li> <li>"Vous êtes irresponsable de tomber enceinte".</li> <li>"On m'engueule comme une enfant"</li> </ul>
Injures sexistes	<ul style="list-style-type: none"> <li>Insultes liées à une sexualité avec plusieurs partenaires.</li> <li>Injures envers les travailleuses du sexe.</li> <li>Réflexions misogynes ou paternalistes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>"Je suis le réparateur des femmes, vous n'êtes qu'une mécanique qu'il suffit de déboucher".</li> </ul>

<p>Actes exercés sans recueillir le consentement ou sans respecter le choix ou la parole de la patiente</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Toucher vaginal, rectal ou mammaire sans explications.</li> <li>• Ultrason intravaginal sans explications ou sur une personne vierge, nullipare ou lesbienne sans prendre en compte le malaise.</li> <li>• Non prise en compte de la douleur d'un geste manuel, instrumental ou liée à une pathologie.</li> <li>• Écoute du battement de coeur d'un fœtus lors d'un ultrason obligatoire avant une IVG.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “Encore une hystérique qui en train de feindre des douleurs”</li> </ul>
<p>Actes ou refus d'acte non justifiés médicalement</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ultrason par voie anale chez les personnes vierges.</li> <li>• Gestes invasifs pour accélérer l'accouchement : épisiotomie de routine, décollement des membranes non justifié, etc.</li> <li>• Sutures vaginales plus serrées que la physiologie.</li> <li>• Refus de donner une pilule du lendemain, de pratiquer une IVG ou de ligaturer les trompes d'une personne.</li> <li>• Imposition ou non-respect du choix de la contraception.</li> <li>• Expression abdominale en phase d'expulsion d'un accouchement.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “J'ai très mal et [ma sage-femme] me dit que j'ai été refermée un point de trop, ce qu'on appelle “le point du mari” pour que mon vagin soit plus serré”.</li> <li>• “Le gynéco nataliste : je ne donne l'implant qu'aux gamines instables. 1 oubli de pilule ça peut être une bonne surprise”.</li> <li>• “Qd la gynéco refuse de me prescrire ma pilule habituelle : “Non, on nous a dit de tester les nouvelles, donc vous allez tester”.</li> </ul>
<p>Violences sexuelles: harcèlement, agression et viol</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Invitations à caractère sexuel, propositions déplacées.</li> <li>• Questions intrusives sur la vie sexuelle sans lien avec la consultation.</li> <li>• Contrainte à des actes sexuels avec menace ou surprise.</li> </ul>	

## Appendice B

Figure 2. Les 4 temps et les 9 étapes de *l'empowerment* du patient selon Fayn.



## Appendice C

Figure 1. Composantes de l'empowerment individuel selon Ninacs

TABLEAU 2  
Composantes du processus général d'empowerment

<p><b>La participation</b> assistance muette</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>→ participation aux discussions simples (droit de parole) <ul style="list-style-type: none"> <li>→ participation aux débats (droit d'être entendu)</li> </ul> </li> <li>→ participation aux décisions (aval / refus de consentement)</li> </ul>
<p><b>La compétence technique</b> acquisition progressive de connaissances pratiques et techniques requises par l'action</p>
<p><b>L'estime de soi</b> autoreconnaissance de la légitimité de l'identité propre</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>→ autoreconnaissance de sa propre compétence</li> <li>→ reconnaissance de sa compétence par les autres</li> </ul>
<p><b>La conscience critique</b> conscience collective (la personne / la collectivité n'est pas seule à avoir un problème)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>→ conscience sociale (les problèmes individuels et collectifs sont influencés par la façon dont la société est organisée)</li> <li>→ conscience politique (la solution des problèmes d'ordre structurel passe par le changement social, c'est-à-dire l'action politique dans le sens non partisan du mot)</li> </ul>

## Appendice D

### Grille de résumé – Article 1

Éléments du rapport	Contenu de l'article
<b>Références complètes</b>	Hoffkling, A., Obedin-maliver, J., & Sevelius, J. (2017). From erasure to opportunity : a qualitative study of the experiences of transgender men around pregnancy and recommendations for providers. <i>BMC Pregnancy and Childbirth</i> , 17(Suppl 2). <a href="https://doi.org/10.1186/s12884-017-1491-5">https://doi.org/10.1186/s12884-017-1491-5</a>
<b>Introduction</b> Problème de recherche	<p>Il existe beaucoup d'homme transgenres ayant gardé leur utérus et capables d'avoir une grossesse. Cependant il y a très peu de recherche sur les besoins de cette population qui est sujette à subir de la discrimination, de la stigmatisation et autres biais, amenant à des disparités sur leurs possibilités de santé. Cela représente un sentiment de « disempowerment » selon les auteurs, c'est-à-dire une perte de l'autonomisation.</p> <p>La violence est également présente contre cette population dans une définition large (barrières économiques, légales, médicales, psychologiques en plus des violences physiques). Ces problématiques dans un contexte de santé conduisent à une information inadéquate de la part des professionnel·les et une forme de maltraitance des patients.</p> <p>Les hommes transgenres ont des besoins spécifiques concernant la fertilité, la conception, la grossesse, l'accouchement et la période postpartum comparée à la population des hommes cis.</p> <p>Les hommes transgenres ont des besoins spécifiques au niveau psychosocial, liés à leur identité de genre, leur dysphorie corporelle et autres perceptions de leur corps gréviste.</p>
Recension des écrits	<p>Selon Kabeer (1999), <i>l'empowerment</i> est caractérisée par le chemin fait en partant du <i>disempowerment</i> : l'habilité d'une personne à faire des choix de vie dans un contexte où ces choix leur étaient plus tôt refusés.</p> <p>Dans la recherche, plusieurs guidelines ont été publiées concernant les soins gynécologiques des hommes transgenres mais très peu sur les besoins liés à la fertilité et les questions liées à la grossesse.</p> <p>De manière générale, les structures sanitaires comportent une recherche encore inadéquate et une éducation et attention institutionnelle insuffisante face aux besoins de cette population.</p>
Cadre théorique ou conceptuel	En transparence dans l'introduction : concepts de la violence, de l'empowerment, du bien-être, de la culture.
Question de recherche/buts	Les auteurs souhaitent identifier certains besoins des hommes transgenres dans le processus de planification familiale et durant la période péripartum, ainsi que les moyens qu'ils ont mobilisés pour atteindre un empowerment, les opportunités

	pour soutenir sur la durée cet empowerment, et les priorités pour de futures recherches par revue systématique.
<b>Méthodes</b> Devis de recherche	Les auteurs ont utilisé une approche qualitative basé sur la théorie ancrée ou dite de base empirique. Elle permet de trouver des schémas inductives à travers la collecte et l'analyse des données.
Population, échantillon et contexte	<p><u>Population</u> : 41 participants transmasculins d'un questionnaire en ligne en 2013 qui avaient donné naissance.</p> <p>Critères d'inclusion : âge de minimum 18 ans, identification au genre masculin avant la grossesse, grossesse dans les 10 dernières années, capacité à répondre au questionnaire en anglais.</p> <p><u>Éligibilité pour l'échantillon</u> : participants n'ayant pas forcément vécu une transition médicale ou chirurgicale. 23 personnes ont donné leur accord pour poursuivre l'étude en participant aux interviews. 13 ont répondu positivement à l'invitation. La saturation de données analysables fut atteinte avec 10 participants (selon rapidité de réponse).</p>
Méthode de collecte des données	Interviews semi-structurés : 8 avec un programme de conférence vidéo BlueJeans et 2 par audio uniquement. Un seul auteur menait les interviews. Les questions démographiques furent posées en fin de séance.
Déroulement de l'étude	Les interviews furent enregistrés puis retranscrit professionnellement.
Considérations éthiques	Consentement écrit envoyé par mail 2-4 jours avant l'interview puis relu à haute voix en début d'interview pour obtenir un consentement verbal.
<b>Résultats</b> Traitement/ Analyse des données	<p>Les données furent codées avec le logiciel Dedoose. Chaque code possible fut revus par 3 autres chercheurs afin d'obtenir le codage final puis par 2 autres chercheurs afin de valider la fiabilité du codage.</p> <p>Aucunes données quantitative n'a été présentées au vu du petit échantillon utilisé, du fait que les sujet n'ont pas forcément tous été abordé lors des interviews et du possible biais lié à la sélection de l'échantillon.</p>
Présentation des résultats	<p><b>1. Diversité au sein de la population d'hommes transgenres donnant naissance :</b></p> <p>a. <u>Identité</u> : la population utilise diverses dénominations pour se décrire tels que « homme », « mâle », « homme trans », « homme transgenre », « transmasculin », « non-binaire » ou « sur le spectre de la transmasculinité ».</p> <p>b. <u>Intention reproductive</u> : les participants ont décrit leur grossesse comme très désirée, nécessaire pour fonder une famille ou encore comme non planifiée. Certains voyait la grossesse comme un moyen</p>



	<p><i>tolérable pour devenir parent tout en préférant le faire autrement si l'option était envisageable, tandis que d'autres étaient plus enthousiastes, s'étant toujours imaginer avec des enfants et les accoucher soi-même.</i></p> <p>c. <u>Fécondité et source des gamètes</u> : les participants avaient eu entre une et quatre grossesses pour une à trois naissances vivantes. Les spermatozoïdes utilisés provenaient soit du partenaire relationnel, d'un partenaire sexuel sans relation long-terme, donneurs connus et donneurs anonymes. Toujours en utilisant leurs propres ovocytes.</p> <p>d. <u>Accès au soutien social</u> : le soutien face à la grossesse divergeait selon les participants de tenu à minimal à solide. Pour certains ce fut une expérience très isolante tandis que pour d'autres le soutien et l'affirmation fut abondant de la part des familles des amis et des personnes inconnues. Les communautés sont une source de résilience non-négligeable contre les défis, cependant plusieurs participants relevèrent que les organisations pour le soutien des parents LGBT étaient mal équipées pour soutenir les parents transgenres.</p> <p>e. <u>Besoin d'une affirmation d'identité et de grossesse</u> : Pour certains, être perçus et traités comme une personne masculine était primordial pour leur sens de bien-être et de sécurité émotionnelle. Pour d'autres, l'impact était minime. Idem pour la perception de la grossesse ; certains voulaient qu'elle soit reconnue et d'autres ne voulaient pas que cela se sache en dehors des proches et professionnels.</p> <p>f. <u>Degré de révélation de la transidentité</u> : Les participants décrivaient trois stratégies principales pour naviguer dans la visibilité de leur transidentité et/ou grossesse. Les effets de ces stratégies sont décrites ci-dessous.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) <i>En passant pour une femme cisgenre (assignée fille à la naissance et s'y identifiant) : meilleure affirmation externe de la grossesse mais diminution de l'affirmation externe du genre masculin, augmentation du sentiment de sécurité, diminution de l'exposition à des violences transphobes, augmentation du sentiment dysphorique (expression d'un genre qui n'est pas en alignement avec le sens de soi).</i></li> <li>2) <i>En étant discret (inciter les autres à voir un homme) : augmentation de l'affirmation du genre et diminution de l'exposition aux violences mais diminution de l'affirmation externe de la grossesse, perception des autres d'être « juste un homme gros ».</i></li> <li>3) <i>En étant totalement visible (« out ») : meilleure affirmation interne de soi sur trois axes, le genre mâle, la transidentité et la grossesse. Peur de certains d'être plus exposés à de la violence et discrimination transphobe.</i></li> </ol> <p>g. <u>Priorisation de la transition ou de la grossesse ?</u> Il y a une tension au sein des participants entre poursuivre leur vœu de reproduction et les</p>
--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

vœu de transition. Certain ont différé leur transition hormonal afin de procréer, d'autres commencèrent leur transition dès que possible, la conception étant une problématique du futur. L'accessibilité aux informations liés à la procréation des hommes trans a un impact sur les prises de décision concernant la prise de testostérone.

Séquençage des transitions : les moments de transition sociale, de prise de testostérone, de chirurgie génitale et de chirurgie de poitrine diffèrent fortement selon les participants. Le chemin de la transition n'étant pas une suite d'étapes obligatoire et à effectuer dans un ordre spécifique, y compris en tenant compte d'une grossesse.

## **2. Barrières structurelles, effacement et transphobie : des défis pour veiller au processus de reproduction**

- a. « Homme enceint » comme notion inintelligible : le manque de modèle d'homme transgenre enceint ainsi que la notion inexistante « d'homme enceint » fut un grand facteur de perte d'autonomisation (« disempowerment ») des participants.
- b. Manque d'information biomédicale et de formation professionnelle : le manque d'information sur les effets à court et long terme de la testostérone sur les organes reproducteurs, la facilité de conception, les outcomes de la grossesse, la santé mentale et la lactation frustrée énormément les participants. Cette problématique limita la prise de décision informée et le début d'un processus de procréation. La différenciation entre les ce que les professionnel·les ne savent pas et ce que la recherche ne sait a été soulevée. Le résultat étant souvent le même : des professionnel·les qui refusent de traiter les hommes transgenres par inconfort ou méconnaissance.
- c. Manque de compétence culturelle : plusieurs exemples de méconnaissance culturelle sur la transidentité ont été relevés notamment l'utilisation des mauvais pronoms ou prénoms pour désigner la personne, la nature présumée des parties génitales du patient ou le fait de discuter l'identité de genre comme une orientation sexuelle.
- d. Transphobie : les participants décrivent plusieurs situations de manifestations de ce qu'ils ressentent comme transphobie telles que se faire refuser des soins (allaitement), être moqué, une attitude grossière et impolie, la menace par des services sociaux de retirer les enfants de leur garde.
- e. Soins médicaux inappropriés : des soins non nécessaires, veyeurs et superflus ont été relevés, concernant des soins intrusifs notamment (examen pelvien). Le spectre de la transphobie peut avoir un impact sur l'accès à des soins de qualité (exemple d'un participant qui a dû consulter 5 médecins afin d'avoir des antibiotiques appropriés à son allaitement). Cela représente un poids financier, temporel et énergétique dû au manque de familiarité des professionnel·les. Certains papas ont évité l'hôpital ou changé leur plans de soins sous pression de discriminations ou suite à des expériences invasives. Autre effet dévalorisant : certains ont prétendu s'identifier comme

femme afin d'éviter ces difficultés liées aux décisions des médecins et des banques de sperme. Finalement, certains souffrirent du manque de soutien de leur médecin chirurgien ou endocrinologue qui ne pouvaient pas concevoir qu'un homme transgenre veuille également avoir des projets de reproduction.

- f. Effacement institutionnel : les institutions ne prennent pas en compte la possibilité d'avoir des patients homme en obstétrique ; le matériel éducationnel, les toilettes, les décorations, tout est imaginé pour les femmes. Des difficultés logistiques sont aussi présentes, comme le management des systèmes informatiques pour la facturation ou la prise de rendez-vous, ainsi que la différenciation entre le prénom légal et le prénom usité. Les pères rapportèrent également que les soignants ne prenaient pas le temps de vérifier leur dossier qui spécifiait leur genre. Finalement, des certificats de naissance refusaient de les mentionner comme « père ». Toutes ces conditions convergent vers le message que leurs vies ne peuvent pas exister comme telle dans le système et que leur identité n'importait pas.

### **3. Expérience positive avec des professionnels de la santé**

La présence de facteurs positifs (intimité respectée, affirmation du genre, normalisation) ainsi que l'absence de facteurs négatifs (mauvais pronoms/prénoms, questions intrusives) furent également relevées. Les patients qui ont bénéficié d'une équipe de soins consciencieuse sur ces points percevaient cette prise en charge comme exceptionnelle. Les professionnel·les qui avouaient ouvertement avoir besoin d'en apprendre plus sur les connaissances du patient, de se renseigner dans la recherche ou d'en discuter avec d'autres professionnel·les furent très appréciés.

### **4. Guidance anticipée à travers le processus de planification familiale**

Les participants décrivirent plusieurs éléments qu'ils auraient souhaité aborder en amont dans leur prise en charge en soins obstétricaux.

Plusieurs exemples :

- Préservation de la fertilité dans le processus de transition.
- Impact des procédures (chirurgicales et/ou hormonales) d'affirmation de genre sur leur future santé reproductive (testostérone sur la fertilité, reconstruction mammaire sur l'allaitement, etc).
- Les changements émotionnels liés à l'arrêt de la testostérone, à la grossesse et à la période postpartum.
- La normalisation des changements d'humeur liés aux changements hormonaux et non à un problème médical.
- L'existence de la dépression postpartum.

Optimisme : plusieurs participants rapportèrent leur sentiment d'espoir pour l'avenir, la visibilité de ces grossesses par des hommes et la familiarité qui se fait petit à petit au sein des professionnel·les.

<p><b>Discussion</b> Interprétation des résultats</p>	<p><b>Empowerment</b> <i>Faire le choix de porter un enfant en tant qu'homme transgenre est en soi un acte d'empowerment puisqu'il dépasse les barrières qui refusaient initialement les choix reproductifs de ces personnes en tant qu'individu.</i></p> <p><b>Séquençage des transitions vers la grossesse</b> <i>Les participants ont reflété la diversité la frange de possibilités de buts et de moments pour la grossesse selon des composantes sociales, médicales, chirurgicales et temporelles des transitions. Le fait de prendre des décisions personnalisées est un signe encourageant d'empowerment. Les professionnel·les visant à faciliter cet empowerment encourager et soutenir ces décisions.</i> <i>Certains hommes n'ont pas transitionné avant la grossesse donc le genre exprimé dit être discuté. Idem pour les questions de testostérone, bien qu'aucun participants n'ait poursuivi son traitement, cela n'est pas exclu dans la population. Les transitions chirurgicales ne sont pas toutes une contre-indication à la procréation, c'est le cas pour les métoidioplastie, phalloplastie et scrotoplastie. L'habilité et la décision ou non d'allaiter est également diverse selon les participants et repose principalement sur les informations adéquates reçues concernant les conséquences. Les professionnel·les jouent ici aussi un rôle important dans les prises de décision basées sur le partenariat.</i></p> <p><b>Barrières structurelles, effacement et transphobie</b> <i><u>Notion d'homme enceint</u> : les moyens pour normaliser les hommes « enceints » sont nombreux, l'importance d'améliorer leur expérience puisqu'il n'existe que peu d'exemple d'autres qui le font. En résulte que ce ne soit même pas un choix potentiel de leur vie et que les professionnel·les se sentent inconfortables ou mal informés. Cela représente des barrières pour le développement de leur empowerment au sein et hors du contexte de santé.</i> <i>Les discriminations amènent des violences mais également un disempowerment économique et légal. Cela prouve l'importance de protections légales et politiques pour les personnes transgenres pour perpétuer leur empowerment dans tous es aspects de la vie, y compris la santé et la reproduction.</i> <i>Au niveau formation, peu de temps et d'attention est donnée au professionnel·les, donc même avec les meilleures intentions il est possible que les soins de soient pas appropriés au niveau médical et culturel, tandis que ceux moins « motivés » risquent de grossières erreurs.</i></p> <p><b><u>Manque de compétence culturelle</u></b> <i>Les professionnel·les ayant une compréhension limité des identités transgenres seront moins enclin à s'informer pour dispenser de meilleurs soins. Une part importante de l'empowerment de ces patients est l'accès à des soins de santé dans lesquels ils se sentent libre de dénigrement (comme se faire mégenrer).</i></p> <p><b><u>Transphobie</u></b> <i>Les participants se sont retrouvés à devoir choisir entre dissimuler leur identité de genre et autres informations médicales importantes afin de recevoir des soins de qualité, et la divulguer et risquer d'être sujet à des procédure invasives ou des questions inappropriées. Voilà encore une forme de disempowerment, les desservant, leur privant de soins à la hauteur de leurs besoins.</i></p> <p><b>Expériences positives</b></p>
-----------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<p><i>Bien qu'elles soient positives, l'attitude de surprise des patients face à ces expériences montre combien il y a encore du travail à faire. Les soins appropriés étaient vus comme exceptionnels ou inhabituels, la norme étant des soins invasifs et inconfortables.</i></p> <p><b>Guidance anticipée dans le processus de planification familiale</b>  <i>Les participants reportant avoir dû faire leurs recherches de manière informelles, par d'autres canaux que leur équipe soignante. Les conseils anticipés peuvent renforcer l'empowerment en soutenant leur processus de décision. Les tableaux présentent les thèmes à aborder avec les patients.</i></p> <p><b>Optimisme</b>  <i>L'incidence de grossesse par des hommes transgenre étant en augmentation, les circonstances sont en amélioration selon les pères de l'étude. Cela démocratise les formes de transition de genre, la légitimité à porter un enfant en tant qu'homme et la possibilité à transitionner même en étant jeune. C'est le souhait des auteurs que la sensibilisation des expériences des patients transgenres d'hier forgeront l'empowerment de ceux de demain.</i></p>
Forces et limites	<p><u>Forces</u> : l'échantillon a pu représenter la diversité des réalités vécues. Les participants ont tous pu montrer leur expérience de grossesse en tant qu'homme.</p> <p><u>Limites</u> : échantillon composé uniquement d'anglophones et venant des États-Unis ou d'Europe occidentale. Il n'y avait pas de personnes s'identifiant comme non-binaire, ne souhaitant pas porter d'enfant ou n'ayant pas pu avoir une grossesse. L'annonce de recherche ayant été diffusée par des centres communautaires, l'étude ne représente pas ceux qui ne fréquentent pas ces lieux.</p>
Conséquences et recommandations	<p><u>Pour la recherche</u> : thèmes des conséquences des transitions sur la fertilité, la grossesse, l'allaitement et la santé infantile ; les relations sociales des hommes transgenres ayant accouché ; la façon de rendre leur santé plus sécurisée ; l'efficacité pédagogique de programmes de formations de professionnel·les pour améliorer la santé obstétricale.</p> <p><i>Sans oublier de représenter des participants des milieux à bas revenus, à faible niveau d'éducation, issus de minorités ethniques</i></p>
Commentaires	C.f. grille d'analyse de l'article.

## Appendice E

### Grille d'analyse - Article 1

Éléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
<b>Références complètes</b>	Hoffkling, A., Obedin-maliver, J., & Sevelius, J. (2017). From erasure to opportunity : a qualitative study of the experiences of transgender men around pregnancy and recommendations for providers. <i>BMC Pregnancy and Childbirth</i> , 17(Suppl 2). <a href="https://doi.org/10.1186/s12884-017-1491-5">https://doi.org/10.1186/s12884-017-1491-5</a>				
<b>Titre</b>	Précise-t-il clairement les concepts et la population à l'étude ?			X	La population ainsi que le cadre de l'étude est décrit mais il manque la notion d'empowerment (retrouvée plutôt dans les résultats et la discussion).
<b>Résumé</b>	Synthétise-t-il clairement les grandes lignes de la recherche: problème, méthode, résultats et discussion ?	X			Le résumé est divisé en chapitres correspondant à ceux de l'étude et est très étayé. Tout est synthétisé clairement.
<b>Introduction</b> Problème de recherche	Le problème ou phénomène à l'étude est-il clairement formulé et placé en contexte ?	X			Le contexte des hommes transgenre voulant procréer est bien établi avec les problèmes y correspondant. Les problématiques y sont énoncées de façon compréhensible afin d'avoir une vue d'ensemble adéquate.
<b>Recension des écrits</b>	Présente-t-elle l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème étudié ?	X			Sans s'étaler sur toute la littérature, plusieurs autres études sont citées concernant le phénomène étudié. Les thématiques spécifiques où il

					manque de la recherche sont relevées.
Cadre théorique ou conceptuel	La base philosophique/le cadre conceptuel/le cadre théorique sont-ils définis ?			X	La population est décrite de façon très détaillée, ainsi que leurs caractéristiques. Par contre aucun concept n'est explicitement présenter, uniquement indirectement de par les sujets traités dans l'introduction.
Question de recherche/buts	La question de recherche/les buts sont-ils clairement formulés ?	X			Les buts des auteurs sont décrits correctement à la fin de l'introduction.
<b>Méthodes</b>  Devis de recherche	Le devis de recherche est-il explicité ?	X			Il est clair pour le lecteur.
	Y'a-t-il une adéquation entre le devis de recherche et le phénomène/problème à l'étude ?	X			Les auteurs ont cherché à utiliser un devis qui permettait d'utiliser le plus de données et le plus authentiquement possible pour répondre à la question de recherche.
Population, échantillon et contexte	La population à l'étude est-elle définie de façon précise ?	X			Principalement dans l'introduction mais la recherche de population est expliquée dans la méthode.
	L'échantillon est-il décrit de façon détaillée ?	X			La manière d'aboutir à l'échantillon parmi la population est clair.

Méthode de collecte des données	Les méthodes de collecte des données sont-elles explicites (où, quand, avec qui, saturation, enregistrement, transcription) ?	X			Tout est détaillé, dans l'ordre chronologique : façon de faire les interviews, logiciels utilisée pour la retranscription et le codage, personnes impliquées, etc.
Déroulement de l'étude	Le déroulement de l'étude est-il décrit clairement ?			X	Les interviews étant semi-directifs, il n'y a que peu de précisions sur le déroulement. On ne connaît pas les questions posées aux participants.
Considérations éthiques	A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?	X			Un consentement à été proposé par écrit puis confirmé par oral.
<b>Résultats</b>  Traitement/ Analyse des données	L'analyse des données est-elle détaillée ?	X			Les auteurs ont séquencé de façon complexe les données issues des interviews et l'analyse est profonde.
	Des moyens pour assurer la rigueur scientifique et la crédibilité des données ont-ils été utilisés ?				
Présentation des résultats	Le résumé des résultats est-il compréhensible et contient-il des extraits rapportés (verbatim) ?				Beaucoup de verbatims des interviews sont utilisés.
	Les thèmes ou les modèles représentent-ils de façon logique le phénomène ?	X			



	L'auteur a-t-il fait évaluer les données aux participants ou par des experts ?	X			Les auteurs ont fait valider la classification des résultats par des collègues experts afin d'aboutir à la meilleur synthèse.
<b>Discussion</b> Interprétation des résultats	Les principaux résultats sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures ?			X	Il n'y a pas de comparaison claires entre les résultats et des études antérieures mais pour chaque catégorie de résultats, des compléments de la littérature sont mis en exergue, y compris des études scientifiques.
	Soulève-t-on la question de la transférabilité des conclusions ?		X		
Conséquences et recommandations	Les chercheurs présentent-ils des conséquences/recommandations pour la pratique et les recherches futures ?	X			Plusieurs tableaux sont introduits dans la discussion pour proposer des recommandations concrètes dans la pratique. Ils sont claires et étayés en regard de plusieurs thématiques (normalisation, mise en place dans les cliniques, émotions et hormones, etc). Un chapitre de recommandation pour les recherches futures est présenté et met également en lumière les besoins de la population en terme de connaissances scientifiques (fertilité des hommes trans, implication des hormones, santé des enfants conçus, lactation, etc).
<b>Questions générales</b> Présentation	L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			L'article est séquencé en chapitres qui respectent la construction classique et en sous-chapitres qui rendent la lecture aisée. Les propos sont détaillés et complets.

## Appendice F

### Grille de résumé - Article 2

Résumé de l'article	
<b>Références complètes</b> (APA style)	Diamond-smith, N., Treleaven, E., Murthy, N., & Sudhinaraset, M. (2017). Women ' s empowerment and experiences of mistreatment during childbirth in facilities in Lucknow , India : results from a cross-sectional study. <i>BMC Pregnancy and Childbirth</i> , 17(Suppl 2). <a href="https://doi.org/10.1186/s12884-017-1501-7">https://doi.org/10.1186/s12884-017-1501-7</a>
<b>But(s) de la recherche</b>	Identifier les associations entre l'empowerments des femmes et les expériences de maltraitance durant l'accouchement en utilisant l'échelle GEM qui rapporte les différents types de non-respect et d'empowerment.
<b>Devis de recherche</b>	Étude transversale
<b>Contexte</b> <b>Population et échantillon</b>	<p><u>Contexte</u> : ville de Lucknow, Uttar Pradesh, Inde en mai 2015.</p> <p><u>Population</u> : femmes entre 16 et 30, ayant eu un enfants dans les dernières 5 années, vivant dans un bidonville, la moitié devant être des femmes migrantes récentes et l'autre moitié non-migrantes.</p> <p><u>Échantillon</u> : 38 bidonvilles furent sélectionnés aléatoirement sur les 713 de Lucknow. Une tranche de 20 maisons par bidonville est choisie, 4 assistants de recherche firent le porte à porte pour recueillir les réponses.</p> <p>Le consentement es fit oralement dû au bas taux de littératie.</p> <p>De cet échantillon, <math>n = 392</math> femmes avaient accouché dans une structure : 21% dans un centre de santé primaire, 50% dans un hôpital étatique, 21% dans un hôpital privé et 8% dans une clinique privée.</p>

<b>Instruments de mesure utilisés</b>	<p>Outcome recherché : un score de l'expériences des femmes de maltraitance au moment de leur accouchement le plus récent.</p> <p>Questionnaire sur l'expérience de formes de discrimination, abus physique et verbal, menace de retenir un traitement, manque d'information, abandonnement, refus de choisir sa position, demande de pot-de-vin, séparation non-nécessaire avec le bébé.</p> <p>Plusieurs variables ont été utilisées :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) L'échelle GEM qui comprend 4 domaines avec chacun entre 5 et 8 items : Violence, Relations sexuelles, Santé reproductive et prévention des maladies, Tâches domestiques et vie quotidienne. Une variable binaire a été créée entre les femmes ayant répondu en dessous et en dessus de la moyenne du score GEM. Un indicateur élevé correspond à une vue plus égalitaire entre les genres.</li> <li>2) Variables démographiques : selon l'âge par catégorie, le nombre totale d'enfant vivant, le niveau d'éducation reçu et la différence d'éducation entre la femme et son mari. 3 autres variables binaire ont été inclut : selon si la femme avait un emploi rémunéré hors de la maison, selon si elle avait émigré à Lucknow dans les 10 dernières années, et selon si elle était musulmane ou hindoue. Une variable selon la caste a été rajoutée (terme dans un context indien pour décrire différent groupe désavantagés socialement). Finalement une variable de quintile de richesse d'après une série de questions sur l'accès à l'eau, aux sanitaires et au matériel ménager.</li> </ol>
<b>Intervention (si présente)</b>	<p>-</p>
<b>Tests statistiques utilisés</b>	<p><u>t-test</u> : afin de définir un résultat significatif avec un <math>p &lt; 0,05</math>.</p> <p><u>Premier modèle multivariable</u> : relation entre les variables socio-démographique et les chances pour une participantes d'avoir un score GEM au-dessus de la moyenne (vue plus égalitaire des genres).</p> <p><u>Deuxième modèle bivariable</u> : associations entre un score GEM au-dessus de la moyenne et les signalement de maltraitance.</p> <p><u>Troisième modèle multivariable</u> : associations entre le modèle bivariable (score GEM et incidence de maltraitance) contrôlant les facteurs socio-démographiques listés.</p>

<b>Résultats principaux</b>	<p><b>Caractéristiques démographiques selon niveau de maltraitance</b></p> <p><u>Âge</u> : 60,97% entre 25 et 30 ans, 34,18% entre 20 et 24 ans, 4,85% entre 16 et 19 ans.</p> <p><u>Enfants</u> : 1,87 en moyenne, variant entre 0 et 6 enfants.</p> <p><u>Éducation</u> : 36,48% sans formation, 37,76% formation école primaire et 25,77% formation école secondaire ou plus élevée. Dans 60,71% des couples, les hommes et les femmes avaient le même niveau de formation ou la femme plus, dans les autres couples l'homme avait un plus haut niveau de formation. 66,84% des femmes avaient un travail.</p> <p><u>Religion</u> : 68,62% étaient hindoues et les autres musulmanes.</p> <p><u>Castes</u> : 40,56% de « other backward caste », 33,42% de « scheduled caste », 14,29% de « other » et 11,73% de « scheduled tribe ».</p> <p><u>Migration</u> : 52,30% des femmes dans les 10 dernières années.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Il n'y avait pas de différences dans les signalement de maltraitance selon l'âge, le nombre d'enfant, l'éducation, la différence d'éducation, la religion ou le statut de travailleuse.</li> <li>- Selon les castes, les niveaux de maltraitance étaient significatifs statistiquement (71,74% pour les « scheduled tribe » et 63,52% pour les « scheduled caste »).</li> <li>- Les femmes non-migrantes reportèrent significativement plus de maltraitance.</li> <li>- Les quintiles de richesse plus élevés reportèrent plus de maltraitance également.</li> <li>- Le score GEM moyen était de 8.11, les femmes qui signalaient de la maltraitance avait un score significativement plus bas que celles qui n'en signalaient pas.</li> </ul> <p>Maltraitance des femmes selon les types : 16,8% de discrimination, 15,5% abus physique, 28,6% abus verbal, 12,2% menace de retirer le traitement, 4,6% manque d'informations, 10,2% être abandonnées ou ignorées, 10,5% devoir accoucher seule, 10,5% refus de pouvoir choisir sa position d'accouchement, 19,6% conjoint non-autorisé, 24,2% demande de pot-de-vin, 4,3% séparation non-nécessaire du bébé.</p> <p>Scores GEM (plus il est élevé, plus la femme suggère une égalité des genres):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 11.75 sur 18 pour le paramètre Violence (interquartile entre 10 et 14)</li> <li>- 15.21 sur 24 pour le paramètre Relations Sexuelles (interquartile entre 11 et 18)</li> <li>- 12.01 sur 15 pour le paramètre Santé reproductive et Prévention des maladies (interquartil entre 10.5 et 14)</li> <li>- 9.24 sur 15 pour le paramètre Tâches domestiques et Vie quotidienne (interquartil entre 8 et 10)</li> <li>- 8.112 pour le score général</li> </ul>
-----------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Facteurs associés au score GEM au-dessus de la moyenne, maltraitance et modèle combiné**

- Les « Scheduled Tribe » et « Other Backward Castes » : moins de chances d'un score GEM > moyenne.
- Femmes dans le quintile de richesse supérieur : moins de chance d'un score GEM > moyenne.
- Femmes ayant un mari plus âgé : moins de chances d'un score GEM > moyenne.
- Un score GEM > moyenne : moins de chance de rapporté de la maltraitance.
- Femmes dans le quintile de richesse supérieur : plus de signalement de maltraitance.
- Femmes avec GEM > moyenne et migrante récente : plus de rapport de maltraitance.

**Domaines du score GEM et maltraitance**

- Le score élevé de chaque domaine est associé à une chance moindre de maltraitance. Résultats : 0.846 chances de maltraitance selon score du domaine « Tâches domestiques », 0.820 pour le domaine « Violence », 0.856 pour le domaine « Relations sexuelles », 0.731 pour le domaine « Santé reproductive ».
- Femmes des « scheduled tribe » comparée à la caste « other » avaient 2.764 chances de maltraitance.
- Femmes du quintile de richesse supérieur comparé au quintile le plus inférieur, plus de chance de rapport de maltraitance.
- Femmes migrantes de ces 10 dernières années à Lucknom sont associées à plus de maltraitance.

<p><b>Discussion</b></p>	<p>Les normes des femmes de Lucknow selon leur empowerment (d'après l'échelle GEM) seraient associées à la probabilité de reporter les expériences de maltraitements durant l'accouchement. Plus les normes sont égalitaires et les perceptions des femmes progressistes (score par domaine et score totale), plus la probabilité de reporter des maltraitements est basse. Cela rejoint les constats déjà présentés dans d'autres études sur l'égalité de genre et les services de santé.</p> <p>Des femmes plus "empowerées" seraient plus à même de reconnaître la valeur des services de santé et d'avoir les ressources ou outils pour les utiliser à son profit. Il est possible que leur interaction avec les professionnels soit différente, les présentant comme plus dignes de respect et diminuant donc le risque de maltraitance. Une autre possibilité est que ces femmes soient plus facilement entourées de mari et de proches partageant leurs valeurs d'égalité permettant ainsi de défendre ses intérêts et de l'aider à recevoir de meilleurs soins (le taux de maltraitance dans cette étude est plus bas chez les femmes recevant l'appui de leur mari).</p> <p>Concernant le domaine "Violence" de l'échelle GEM, des chercheurs suggèrent que les normes sociales autour de la violence faite aux femmes est reliée directement à la façon dont elles sont traitées dans les services de soins (Jewkes et Penn-Kekana, 2015). Dans cette étude, les déclarations de maltraitements reflètent soit les normes communautaires de violence soit leur relation avec leur mari. L'acceptation de la violence joue un grand rôle: elle influence leur traitement par les professionnels et comment les systèmes de soins traitent les femmes en général. Les femmes moins tolérantes à la violence sont plus à même de s'entourer d'une communauté les protégeant et de reconnaître les comportements maltraitants.</p> <p>Concernant le domaine "Relations sexuelles", les femmes qui portaient des points de vue plus progressistes pourraient refléter une relation plus égalitaire avec leur mari. Les auteurs font l'hypothèse qu'un plus grand empowerment dans les relations maritales augmenterait le soutien des maris et l'autonomie de la femme pour choisir les prestataires de soins.</p> <p>Dans le domaine "Tâches domestiques et vie quotidienne", les femmes qui ont un soutien au niveau des tâches, se verra plus facilement chercher des soins de qualité (notamment pour les soins prénataux selon les auteurs). Cela peut aussi être expliqué par une meilleure communication entre les membres du ménage chez les femmes plus "empowerées".</p> <p>Dans le domaine "Santé reproductive et prévention des maladies", les femmes avaient le score GEM plus élevé. Cela suggère qu'elles acceptent plus facilement l'utilisation de planning familial et perçoivent moins que leur valeur repose sur le sexe de leur enfants (les garçons étant perçus comme plus favorables au Nord de l'Inde).</p> <p>Plusieurs études (Tanzanie, Brésil, Chine) ont été menées sur la mesure des normes d'égalité des genres, certaines en incluant également les hommes. Les scores diffèrent souvent entre les hommes et les femmes mais d'autres études sont nécessaires dans le contexte de l'Inde pour comprendre la valeur de cette mesure sur l'empowerment des femmes (étant donné l'absence des hommes dans celle-ci).</p> <p>Le niveau de richesse des femmes est important; dans le quintile supérieur, elles rapportaient toutes plus de maltraitance tout en ayant des scores GEM</p>
--------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<p>plus bas donc des normes d'égalité plus basse concernant leur rôle de femme. Une possible explication de ces rapports de maltraitance plus élevés pourrait être que ces femmes ont des attentes plus élevées sur les soins reçus. Elles auraient l'habitude d'être mieux traitées, auraient plus d'expériences dans le système de santé ou seraient plu au courant de leurs droits.</p> <p>A l'inverse, les femmes venant de caste plus défavorisées et marginalisée ("autres") reportent plus de maltraitance. Cependant, leur score GEM est similaire à celui des femmes plus fortunées, mais cela dépend selon les normes (préférence de genre de l'enfant, rôles dans le ménage, etc).</p>
<b>Forces, limites, Niveau de preuve</b>	
<b>Commentaires en rapport avec la question de recherche de votre travail</b>	

## Appendice G

### Tableaux de recommandations - Article 1

**Table 2** Reproductive considerations for medical and surgical transition

When discussing transition options with patients, discuss the reproductive consequences. These are salient points to cover:

Testosterone:

- Testosterone should not be considered a form of contraception [1].
- Patients should avoid getting pregnant while taking Testosterone – it is considered a teratogen [5].
- Conception and pregnancy can occur after even long-term testosterone use [1].
- Testosterone likely decreases conception rate through ovarian suppression, however we can't currently quantify the direct impact on ovulation or conception rates.
- If genetically related children are desired or potentially desired in the future, consider storing oocytes or embryos prior to initiating testosterone. (Note: ovarian tissue preservation is still considered experimental) [25–29].
- Patients need to stop testosterone in order to pursue carrying a pregnancy.
- If genetic children are desired after initiation of testosterone, testosterone should be stopped. The determination of whether and to what extent assisted reproductive technologies (ART) will be used will depend on the trans man's a) desire to carry the pregnancy, b) presence of normal menstrual cycle, and c) the desired method of joining sperm and egg [25, 28, 29].

Chest surgery:

- Chest feeding may be possible after certain forms of chest reconstruction [5, 30].
- It is not possible to tell prior to attempting to chest feed whether this is possible based on type of surgery, chest anatomy etc.
- Discuss the likely impact of various surgical approaches on ability to chest feed / lactate.
- Discuss methods used by transgender men to chest feed after chest reconstruction.
- Encourage the patient to discuss these issues with their surgeon (ideally prior to surgery).
- Encourage lactation support if desired.
- If chest feeding is not possible or not desired discuss other methods for infant feeding and bonding.

Genital surgery:

- Metoidioplasty, scrotoplasty, or phalloplasty do not, by themselves, impair future reproductive options, but would likely necessitate a cesarean section for delivery.
- Vaginectomy combined with hysterectomy and/or oophorectomy would eliminate the chance of future pregnancies. If patients might want biological children someday, they should consider storing oocytes, or embryos prior to genital surgery. Ovarian tissue preservation is still considered experimental [28].

Postpartum Testosterone: The effects of taking testosterone while lactating are unknown. There are possible risks to the child, but no clear evidence of harm. The benefits to the parent's mental, emotional, physical and social wellbeing are likely highly variable, and best evaluated by the patient.

- If a patient does resume or initiate testosterone while nursing, counsel them on how to look for signs of androgen exposure in the infant and encourage them to let their child's pediatrician know.



**Table 3** Resources for providers

- 
- Guidelines on transgender men and pregnancy [5].
  - Guidelines on transgender men and gynecologic care [3].
  - "LGBT Gender Nonconforming and DSD Health" AAMC Video Series (at <https://www.aamc.org/initiatives/diversity/learningseries/>).
  - Fenway Institutes LGBT healthcare guidelines [2].
  - Trans Bodies, Trans Selves [31].
  - UCSF Center of Excellence for Transgender Health, Guidelines for the Primary and Gender-Affirming Care of Transgender and Gender Nonbinary People (at <http://transhealth.ucsf.edu/trans?page=guidelines-home>
  - Find local transgender or LGBT community centers, for trainings and referrals
  - Note that resources that are good for LGB patients aren't necessarily good for transgender patients.
- 

**Table 4** Questions for providers

- 
- What resources do you have available to help potential parents through all aspects of pre-conception counseling, pregnancy, birth, lactation and early child-rearing for children growing up with transgender parents?
  - What services are available to support assisted reproduction for transgender individuals in your area?
  - What are the best options in your area for patients to find a good environment for labor and delivery? Which hospitals, birth centers, and midwifery practices are most likely to provide appropriate care? How can you help link your patient with these resources, and how can you serve as an ally to help these birth sites best serve your patient?
  - What is the process for obtaining a birth certificate in your jurisdiction? How can you help patients to navigate this process in a way that affirms their identity?
-

**Table 5** Recommendations for clinic setup and intake

- 
- Consider the name of the clinic and how it is represented broadly as who gets services there. A “women’s clinic” may not be the best title for a place that serves trans men and other gender expansive individuals.
  - Physical Space:
    - o Ensure bathrooms are accessible to all. This means having non-gendered restrooms, not just male restroom and female restrooms. This may also mean having single use non-gendered restrooms.
    - o Ensure signage, magazines and pamphlets speak to people of diverse backgrounds in terms of race/ethnicity, sexual orientation, and gender identity.
  - Broadly display a non-discrimination statement. Examples can be found at here (<http://www.hrc.org/hei/sample-patient-non-discrimination-policies#.VOPIrVczyAY> )
  - Printed materials and signage:
    - o Ensure language used in your institution’s literature, publicity, patient education materials, is welcoming to all people regardless of gender identity. Consider whether your clinical space suggests that women are the only people who get pregnant or are welcome at your clinic and take steps to rectify that.
  - Staff Training and Procedures:
    - o Ensure all staff ask preferred name(s)/pronouns, document them, and use them consistently.
    - o Consider how patient check-in procedure and clinical space may be comfortable only for individuals who are female identified. Could you make it comfortable for individuals who are male identified or trans identified as well as female identified? Consider how people’s names are used and documented and communicated between members of the care team.
    - o How is the phone answered? Teach staff to not assume gender from patient’s voice or assume patient status or not from voice.
  - Medical Records and booking:
    - o Make sure you can book, document, and bill OB/GYN procedures and encounters for someone whose gender signifier (in your system and/or the insurance records) is male.
- 

**Table 6** Recommendations for clinical encounters

- 
- Reflect the language patients use to describe their reproductive organs and bodies (e.g., chest feeding rather than breast feeding; or “front hole” instead of vagina)
  - Plan to educate yourself, rather than relying upon your patient to teach you.
    - o See table on resources
  - Be open to your patients’ expertise and learning when they want to share.
  - Explain why sensitive questions are relevant; ensure these questions are clinically meaningful and not motivated by idle curiosity.
  - Continue to maintain good medical care and judgment, do not attend so entirely on being gender savvy that you neglect routine protocols.
- Note: there is a long history of transgender people facing abuse, objectification, and neglect both within and beyond healthcare settings; this may frame your encounters.
-

**Table 7** Recommendations for normalization

- 
- Encourage provider and staff comfort with the prospect of male and masculine patients being pregnant and giving birth.
  - Explicitly affirm transgender patients' reproductive choices.
    - o It may help some patients improve their relationship with their own experience.
    - o It may improve the patient-provider relationship.
  - Specific points around which to enhance provider comfort and encourage normalization, include:
    - o The desire to be pregnant
    - o Choosing pregnancy before, concurrent with, or after transitioning medically, surgically, or socially
    - o The choice to continue or terminate a pregnancy
    - o The range of emotions patients may experience throughout the process of family creation
    - o The choices parents make about how to feed their infants
- 

**Table 8** Recommendations regarding emotions and hormones

- 
- Some men have significant shifts in their emotions when they stop taking testosterone, are pregnant, and during the postpartum period. This may be especially likely if they have been on testosterone previously.
  - These changes may be felt as positive or as negative.
  - Advise patients, at all stages, that they may experience such changes, and that if they do:
    - o They should seek help from you or others if in distress or at risk of hurting themselves or others.
    - o The quality of their emotional experience does not reflect upon their gender or the appropriateness of their pregnancy.
  - Monitoring: be vigilant for post-partum depression, and discuss it with patients – it may be exacerbated or altered by the patient's experience with hormones.
-

## Appendice H

### Infographie - Patient Empowerment Campaign 2015

