



L'accès aux services de fertilité pour les femmes lesbiennes, bisexuelles ou pansexuelles et les personnes queer, trans ou non-binaires : une revue rapide des écrits scientifiques

Access to Fertility Services for Lesbian, Bisexual, or Pansexual Women and Queer, Trans, or Non-Binary People: A Rapid Review of the Scientific Literature

Isabel Côté , Claudia Fournier , Anna Aslett  et Kévin Lavoie 

Volume 7, numéro 1, 2024

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/1112376ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/1112376ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Réseau de recherche en interventions en sciences infirmières du Québec (RRISIQ)

ISSN

2561-7516 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Côté, I., Fournier, C., Aslett, A. & Lavoie, K. (2024). L'accès aux services de fertilité pour les femmes lesbiennes, bisexuelles ou pansexuelles et les personnes queer, trans ou non-binaires : une revue rapide des écrits scientifiques. *Science of Nursing and Health Practices / Science infirmière et pratiques en santé*, 7(1), 51-74. <https://doi.org/10.7202/1112376ar>

Résumé de l'article

Introduction : Les femmes lesbiennes, bisexuelles ou pansexuelles (LBP) et les personnes trans, queer ou non-binaires (TQNB) dépendent souvent de la procréation médicalement assistée (PMA) pour fonder leur famille, mais n'y ont pas toujours accès. Actuellement, il ne semble pas exister d'écrits recensant, dans une perspective écosystémique, l'ensemble des facteurs principaux déterminant l'accès de cette population à la PMA.

Objectif : Cette revue rapide des connaissances vise à identifier, à partir d'une perspective écosystémique, les facteurs décrits dans la littérature comme influençant l'accès à la PMA des femmes LBP et des personnes TQNB.

Méthodes : Une recherche documentaire avec 11 moteurs de recherche a permis d'identifier 22 articles présentant des résultats d'études empiriques récentes (2018-2023), ayant différentes méthodologies. Les résultats pertinents ont fait l'objet d'une analyse thématique, et les facteurs identifiés ont été classés dans un modèle écosystémique.

Résultats : Les facteurs identifiés sont (1) au niveau microsystemique, le soutien du réseau social et du personnel sociosanitaire; (2) au niveau exosystemique, la sensibilisation du personnel sociosanitaire à la diversité sexuelle et de genre, l'adéquation de l'information et de la documentation, la logique organisationnelle des services de fertilité, le coût des services, la législation; (3) au niveau macrosystemique, l'hétérocisnormativité comme influence transversale.

Discussion et conclusion : Pour assurer l'accès des femmes LBP et des personnes TQNB à la PMA, une approche globale et multiniveau s'avère nécessaire. Des pistes pour les pratiques en santé et les politiques publiques sont proposées.





Science of Nursing
and Health Practices



Science infirmière
et pratiques en santé

Article de synthèse des connaissances | Knowledge synthesis article

L'accès aux services de fertilité pour les femmes lesbiennes, bissexuelles ou pansexuelles et les personnes queer, trans ou non-binaires : une revue rapide des écrits scientifiques

Access to Fertility Services for Lesbian, Bisexual, or Pansexual Women and Queer, Trans, or Non-Binary People: A Rapid Review of the Scientific Literature

Isabel Côté  <https://orcid.org/0000-0002-3529-7225> Département de travail social, Université du Québec en Outaouais, Chaire de recherche du Canada sur la procréation pour autrui et les liens familiaux, Université du Québec en Outaouais, Québec, Canada

Claudia Fournier  <https://orcid.org/0000-0003-3121-6683> Chaire de recherche du Canada sur la procréation pour autrui et les liens familiaux, Université du Québec en Outaouais, Québec, Canada

Anna Aslett  <https://orcid.org/0009-0006-2254-5038> Département de sociologie, Université Laval, Chaire de recherche du Canada sur la procréation pour autrui et les liens familiaux, Université du Québec en Outaouais, Québec, Canada

Kévin Lavoie  <https://orcid.org/0000-0002-8475-3071> École de travail social et de criminologie, Université Laval, Chaire de recherche du Canada sur la procréation pour autrui et les liens familiaux, Université du Québec en Outaouais, Québec, Canada

Correspondance | Correspondence:

Isabel Côté

isabel.cote@uqo.ca



Mots-clés

services de fertilité; populations LGBTQ+; diversité sexuelle et pluralité des genres; reproduction stratifiée; modèle écosystémique

Résumé

Introduction : Les femmes lesbiennes, bisexuelles ou pansexuelles (LBP) et les personnes trans, queer ou non-binaires (TQNB) dépendent souvent de la procréation médicalement assistée (PMA) pour fonder leur famille, mais n'y ont pas toujours accès. Actuellement, il ne semble pas exister d'écrits recensant, dans une perspective écosystémique, l'ensemble des facteurs principaux déterminant l'accès de cette population à la PMA. **Objectif** : Cette revue rapide des connaissances vise à identifier, à partir d'une perspective écosystémique, les facteurs décrits dans la littérature comme influençant l'accès à la PMA des femmes LBP et des personnes TQNB. **Méthodes** : Une recherche documentaire avec 11 moteurs de recherche a permis d'identifier 22 articles présentant des résultats d'études empiriques récentes (2018-2023), ayant différentes méthodologies. Les résultats pertinents ont fait l'objet d'une analyse thématique, et les facteurs identifiés ont été classés dans un modèle écosystémique. **Résultats** : Les facteurs identifiés sont (1) au niveau microsystémique, le soutien du réseau social et du personnel sociosanitaire; (2) au niveau exosystémique, la sensibilisation du personnel sociosanitaire à la diversité sexuelle et de genre, l'adéquation de l'information et de la documentation, la logique organisationnelle des services de fertilité, le coût des services, la législation; (3) au niveau macrosystémique, l'hétérocisnormativité comme influence transversale. **Discussion et conclusion** : Pour assurer l'accès des femmes LBP et des personnes TQNB à la PMA, une approche globale et multiniveau s'avère nécessaire. Des pistes pour les pratiques en santé et les politiques publiques sont proposées.

Abstract

Introduction: Lesbian, bisexual, and pansexual (LBP) women as well as transgender, queer, and non-binary individuals (TQNB) often rely on medically assisted reproduction (MAR) to build their families, but do not always have access to these services. Currently, there appears to be no literature that comprehensively reviews, from an ecosystemic perspective, the main factors determining LBP women's and TQNB people's access to MAR. **Objective:** This rapid review aims to identify, from an ecosystemic perspective, the factors described in the scientific literature as influencing LBP women's and TQNB people's access to MAR. **Methods:** A literature search using 11 search engines identified 22 articles presenting results of recent empirical studies (2018-2023) using various methodologies. Relevant results were subjected to thematic analysis, and identified factors were classified within an ecosystemic model. **Results:** The identified factors are (1) at the microsystemic level, support from the social network and healthcare personnel; (2) at the exosystemic level, healthcare personnel's awareness of sexual and gender diversity, adequacy of information and documentation, organizational logic of fertility services, cost of services, legislation; (3) at the macrosystemic level, heterocisnormativity as a cross-cutting influence. **Discussion and conclusion:** To ensure access to MAR for LBP women and TQNB people, a comprehensive and multi-level approach is necessary. Suggestions for health practices and public policies are proposed.

Keywords

fertility services; LGBTQ+ populations; sexual and gender diversity; stratified reproduction; ecosystemic model

INTRODUCTION

Pour fonder une famille, les femmes lesbiennes, bisexuelles ou pansexuelles (LBP) et les personnes trans, queer ou non-binaires (TQNB) pouvant porter un-e enfant se tournent souvent vers les services de procréation médicalement assistée (PMA), ou services de fertilité (Agopianz et al., 2023; Family Equality, 2019). En effet, les couples de femmes ont généralement besoin de matériel génétique extérieur pour procréer (Bell, 2016) alors que les personnes TQNB recourant à des interventions chirurgicales ou hormonales d'affirmation de genre peuvent voir leur fertilité biologique affectée (Rodriguez-Wallberg et al., 2023). Comme pour les personnes hétérosexuelles et cisgenresⁱ, les femmes LBP et les personnes TQNB choisissent la PMA notamment pour avoir un lien biologique avec leur enfant, expérimenter la grossesse, allaiter, ou éviter des démarches d'adoption laborieuses (Vitule et al., 2015).

Le développement récent des technologies de PMA, avec l'avancée des droits des familles de la diversité sexuelle et la pluralité des genres (DSPG), a favorisé la parentalité chez ces populations, phénomène appelé à s'accroître (Family Equality, 2019). D'ailleurs, selon un sondage national français (Institut français d'opinion publique [IFOP] et Association des Familles Homoparentales [ADFH], 2018), près de la moitié des personnes de la DSPG souhaiteraient avoir des enfants. Différentes options existent : inséminationⁱⁱ, fécondation in vitro (FIV) – dont la méthode ROPAⁱⁱⁱ, maturation in vitro des ovules, hyperstimulation ovarienne, conservation des gamètes^{iv}, transfert, congélation et stockage d'embryons (Vitule et al., 2015). Par exemple, les couples de femmes cisgenres peuvent réaliser une insémination avec don de sperme, et les personnes TQNB peuvent conserver leurs gamètes et avoir un enfant biologique post-transition avec une FIV.

L'accès aux services de la PMA est conditionné par les différentes hiérarchies sociales et disparités socio-économiques liées notamment à l'orientation sexuelle, l'identité de genre, la classe sociale ou la situation géographique, excluant certaines personnes et certains groupes sociaux (Huddleston et al., 2023). Les iniquités d'accès à

ces services résultent d'interactions entre les caractéristiques des usager-ères et des systèmes de santé (Levesque et al., 2013). Selon la perspective écosystémique (Bronfenbrenner, 1979), les facteurs d'accès aux services de santé sont multiples et se situent à différents niveaux plus ou moins proximaux aux individus (Garney et al., 2021). Les niveaux les plus souvent documentés sont le niveau microsystémique, qui comprend les environnements proches (ex. famille, personnel socio-sanitaire), le niveau exosystémique référant aux environnements indirects (ex. logique organisationnelle des services de santé) et, finalement, le niveau macrosystémique incluant les normes et structures sociales.

Au niveau macrosystémique, l'accès des femmes LBP et des personnes TQNB aux services de santé est complexifié, notamment, par l'hétérocisnormativité (Albuquerque et al., 2016)^v. Cette norme est à l'origine de l'homophobie et de la transphobie, et limite l'accès aux services de santé des femmes LBP et des personnes TQNB à différents niveaux, comme par des attitudes préjudiciables du personnel (microsystémique) ou une offre de service mal adaptée (exosystémique) (Albuquerque et al.). Ces iniquités s'expriment sur tout le continuum de la trajectoire de soins, de l'identification des besoins à leur satisfaction (Levesque et al., 2013). Dans le cas des services de fertilité, il s'opère une hiérarchisation de l'accès et de l'expérience de la procréation et de la parentalité, ce que Shellee Colen (1995) qualifie de reproduction stratifiée.

Devant cet enjeu de droit à la santé reproductive (Agénor et al., 2021), il importe de cerner les facteurs influençant l'accès des femmes LBP et des personnes TQNB aux services de fertilité. Récemment, la littérature scientifique sur l'expérience de PMA des personnes de la DSPG s'est largement développée. Quelques recensions (Agénor et al.; Kirubarajan et al., 2021; Klein et al., 2018; Rodriguez-Wallberg et al., 2023) proposent d'ailleurs des pistes d'action pertinentes, mais offrent une vision partielle des facteurs influents. Actuellement, il ne semble pas exister d'écrits détaillant, dans une perspective écosystémique, l'ensemble des facteurs principaux déterminant l'accès des femmes LBP et des personnes TQNB à la PMA. Or, cette perspective est un atout majeur

pour mieux cerner ce sur quoi il est possible d'agir pour corriger ces iniquités (Golden et Wendel, 2020).

Pour promouvoir la santé et le pouvoir d'agir d'un groupe, il importe de relever les facteurs facilitant leur accès aux services de santé – pas seulement les barrières (Tveiten, 2021). Les revues de la littérature existantes sur l'expérience de la PMA des personnes de la DSPG se focalisent peu sur cet aspect, excepté la revue systématique de Klein et al. (2018) sur les services de planification familiale destinés aux personnes de la DSPG, qui synthétise des publications de 1985 à 2016. Considérant l'évolution rapide du domaine (ex. technologies, situation sociolégale des familles et des communautés de la DSPG, dispositifs réglementaires régulant l'accès à la PMA), les connaissances doivent être actualisées régulièrement. Enfin, la documentation scientifique sur le sujet est presque exclusivement anglophone. Cela freine l'amélioration des pratiques des professionnel·les unilingues francophones, dont le personnel infirmier, qui joue un rôle pivot essentiel en PMA et influence manifestement l'expérience des usager·ères (Donati, 2016). C'est pour combler ces écarts que cette recension est proposée.

OBJECTIF

L'objectif est d'identifier, à partir d'une perspective écosystémique, les facteurs décrits dans la littérature comme influençant l'accès à la PMA des femmes LBP et des personnes TQNB.

MÉTHODES

Nous avons effectué une revue rapide pour produire une synthèse actualisée sur laquelle les organismes et professionnel·les de la santé peuvent s'appuyer pour orienter leurs décisions (King et al., 2022). Basée sur un processus de recension systématique et rigoureux, simplifié pour produire des informations dans un délai convenable (King et al.), elle vise à répondre à la question suivante : « quels sont les facteurs influençant l'accès à la PMA des femmes LBP et des personnes TQNB ? ».

RECHERCHE ET SÉLECTION DES ÉTUDES

La Figure 1 (fin de document) détaille les démarches de recherche et de sélection des études, effectuées de mai à juin 2023. La recherche documentaire a été menée dans 11 moteurs de recherche, avec des mots-clés relatifs à la population (femmes LBP et personnes TQNB) et à l'objet d'étude (PMA), pour les années 2018 à 2023. Bien qu'il soit suggéré de se limiter aux références anglophones pour une revue rapide (Garritty et al., 2020), nous l'avons élargie aux références francophones. Onze références supplémentaires ont été ajoutées à partir des bibliographies des articles sélectionnés. Nous avons inclus les articles publiés dans des revues à comité de lecture présentant des résultats d'études empiriques menées auprès de femmes LBP ou de personnes TQNB (ou isolant les résultats les concernant). Ont été exclues les analyses documentaires et les recensions d'écrits, ainsi que les études comprenant uniquement des femmes cisgenres hétérosexuelles. Les zones géographiques euro-américaine et du Pacifique Sud ont été ciblées, puisque les femmes LBP et les personnes TQNB y bénéficient en général d'avancées sociolégislatives leur donnant théoriquement accès à la PMA, malgré une variation selon les pays. Le tri des articles a été fait avec le logiciel *Covidence* (Covidence, 2023). Vingt-deux articles ont été retenus.

CARACTÉRISTIQUES GÉNÉRALES DES ÉTUDES SÉLECTIONNÉES

Les 22 études sélectionnées (Tableau 1, fin de document), toutes publiées en anglais, ont été menées aux États-Unis (n=6), au Canada (n=4), en Suède (n=3), en Australie (n=3), au Royaume-Uni (n=2), en Nouvelle-Zélande (n=1), en Espagne (n=1) et en Belgique (n=1). Une étude (Riggs et al., 2021) concerne plusieurs pays (Australie, Canada, États-Unis, Royaume-Uni et pays de l'Union européenne). Les échantillons comprennent soit uniquement des femmes cisgenres (LBP ou isolant les résultats les concernant) (n=10), uniquement des personnes trans ou de la diversité de genre (ex. queer, non-binaires) (n=7), ou les deux (n=5). La plupart ont une méthodologie qualitative (n=16), certaines sont quantitatives (n=3) ou mixtes (n=3).

Notons que les articles de Rausch et al. (2021) et Rausch et Wikoff (2022), ainsi que ceux de Topper et Bauermeister (2022) et Topper et al. (2022) sont basés sur les mêmes données. Se focalisant sur des facteurs différents, ils sont traités comme des études distinctes.

EXTRACTION ET ANALYSE DES DONNÉES

Les articles sélectionnés ont été lus intégralement pour en extraire les résultats permettant de répondre à notre question de recherche. Les extraits pertinents (facteurs influençant l'accès à la PMA des femmes LBP et des personnes TQNB) ont été classés avec le logiciel Excel dans différentes catégories correspondant à des facteurs. La plupart des facteurs avaient été prédéfinis à partir des résumés des articles et des connaissances de notre équipe (ex. législation, coûts), d'autres ont émergé des manuscrits (ex. entourage des usager·ères). Chaque extrait a été thématiqué (Paillé et Mucchielli, 2021) pour en faire ressortir l'influence sur l'accès à la PMA, puis une synthèse narrative a été réalisée pour chaque facteur. Enfin, à travers un travail rédactionnel itératif des trois premier·ères auteur·trices, certains facteurs ont été regroupés ou divisés, puis organisés selon les niveaux du modèle écosystémique (Bronfenbrenner, 1979) correspondants, soit micro, exo et macro.

L'ensemble des démarches méthodologiques a été effectué par AA, supervisée par CF. Des accords interjuges ont été réalisés sur une portion du matériel à la sélection des études (étapes d'éligibilité et d'inclusion), puis à l'extraction et l'analyse des données (étapes de catégorisation et de thématisation). Les désaccords ont été résolus consensuellement.

RÉSULTATS

Les facteurs identifiés peuvent agir comme barrières ou leviers d'accès aux services de PMA. Les sections suivantes détaillent ces facteurs pour chaque niveau du modèle écosystémique (Figure 2), en mettant l'accent sur les réalités particulières des femmes LBP et des personnes TQNB.

FACTEURS MICROSYSTÉMIQUES : LE SOUTIEN DU RÉSEAU SOCIAL ET DU PERSONNEL SOCIO SANITAIRE

1) Réseau social

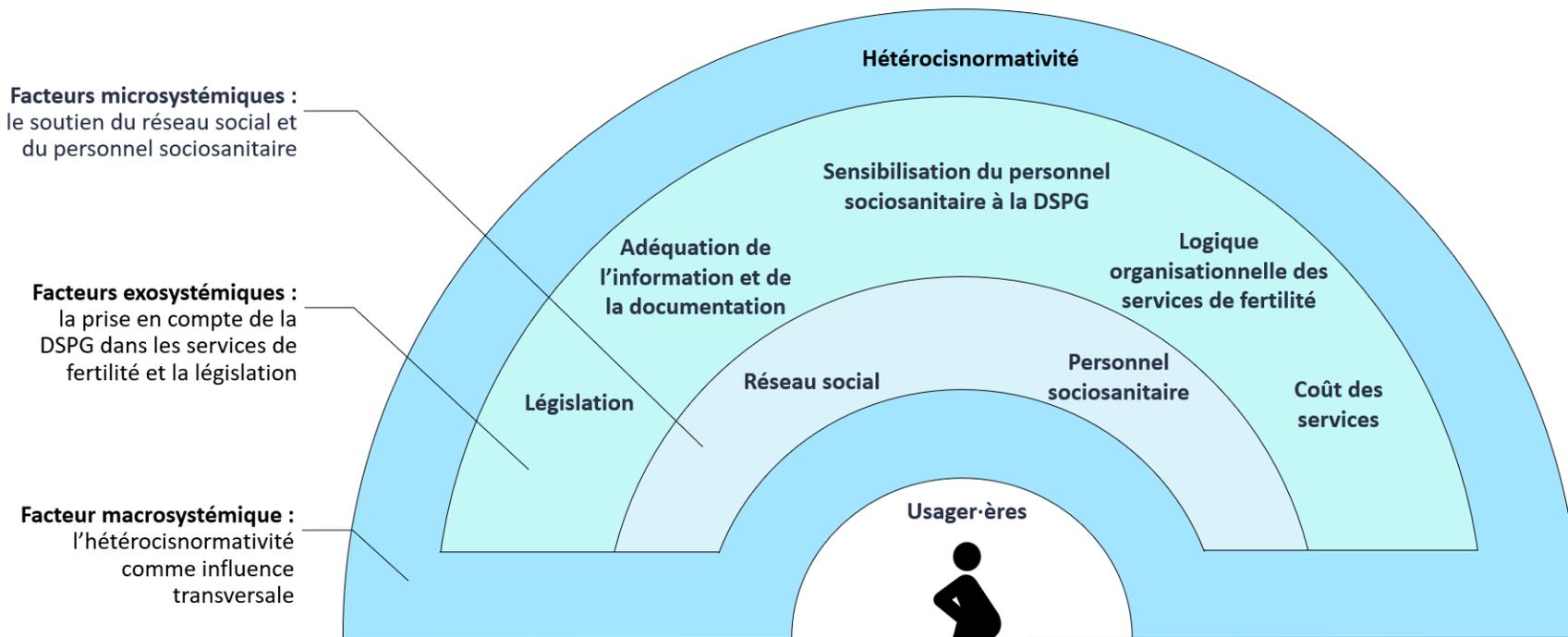
Pour les couples, la cohésion conjugale est souvent vue comme source de soutien principal face au manque d'accompagnement perçu des cliniques de fertilité (Rausch et al., 2021; Rausch et Wikoff, 2022; Topper et Bauermeister, 2022; Shaw et al., 2023). Ces usager·ères valorisent l'implication de l'autre parent dans le parcours de PMA et les rendez-vous médicaux (Rausch et al.; Topper et Bauermeister), ce qui est facilité lorsque les deux réalisent les tests et traitements (Shaw et al.), par exemple avec la méthode ROPA ou lorsque les gamètes des deux partenaires sont utilisés.

L'entourage proche (ami·es, famille) représente tantôt une source de soutien, notamment financier, tantôt une absence de soutien en raison d'une délégitimation de leur orientation sexuelle, leur couple, leur projet parental ou leur recours à la PMA (Rausch et al., 2021; Topper et Bauermeister, 2022).

La communauté LGBTQ+ est régulièrement identifiée comme source de soutien sous forme d'appui émotionnel, recommandations de cliniques, ou partages d'informations et d'expériences (Klittmark et al., 2019; Rausch et al., 2021; Topper et al., 2022; Wright, 2023). Les réseaux sociaux numériques sont souvent privilégiés pour ces échanges (Wright), ainsi que les groupes de soutien par les pairs en milieu communautaires (Gregory et al., 2022; Rausch et al.) ou cliniques (Klittmark et al.). Les témoignages d'autres personnes de la DSPG ayant eu recours à la PMA permettent d'être rassuré·e quant à la faisabilité du projet (Molina, 2022), d'orienter le choix de la clinique ou des professionnel·les de santé (Klittmark et al.), de s'outiller pour faciliter l'expérience au sein du système de santé (Gregory et al.; Wright), ou d'obtenir des recommandations de sources d'informations fiables (Wright). Klittmark et al. mentionnent toutefois que les témoignages négatifs peuvent générer de l'anxiété face au processus.

Figure 2

Modèle écosystémique des facteurs influençant l'accès à la PMA des femmes LBP et des personnes TQNB



2) Personnel socio-sanitaire

Les interactions des femmes LBP et des personnes TQNB avec le personnel médical, infirmier ou psychosocial au sein des différents services de leur trajectoire de PMA (services généralistes, cliniques de fertilité, soins périnataux) sont abordées abondamment dans les études, et dénotent un soutien varié.

Plusieurs études (Appelgren Engström et al., 2018; Klittmark et al., 2019; Rausch et al., 2021; Riggs et al., 2021) montrent que les femmes LBP et les personnes TQNB apprécient lorsque ces professionnel·les reconnaissent la DSPG ou en font elleux-mêmes partie. Ces études font état d'expériences positives, relevant par exemple un personnel sans jugement, amical et intéressé par le projet parental.

Toutefois, plusieurs personnes usagères dans différents pays rapportent plutôt des attitudes négatives du personnel socio-sanitaire (Bartholomaeus et Riggs, 2020; Charter et al., 2018; Epstein, 2018; Ker et al., 2022; Klittmark et al., 2019; Parker et al., 2022), comme un inconfort manifeste ou du mégenrage^{vi}, ainsi que des remarques inappropriées ou une remise en question de leur forme conjugale (Appelgren Engström et al., 2018; Topper et Bauermeister, 2022) ou de leur projet parental (Epstein; Klittmark et al.; Rausch et al., 2021) en raison de leur orientation sexuelle ou identité de genre. D'autres anticipent une délégitimation de leur choix, notamment dans le cadre de la consultation psychosociale exigée dans certains États pour les inséminations avec don de sperme, qui peut générer une crainte de se voir refuser ou retarder l'accès aux services de PMA (Appelgren Engström et al.; Klittmark et al.; Molina, 2022; Rausch et al.). Ces expériences conduisent certaines personnes à éviter le milieu médical en recourant à l'insémination artisanale^{vii} avec don de sperme d'une personne de l'entourage (Charter et al.).

Des études abordent plus particulièrement l'attitude du personnel vis-à-vis du parent ne portant pas l'enfant. Bien que parfois inclus dans les échanges et décisions, plusieurs vivent l'expérience inverse (Appelgren Engström et al., 2018, 2022; Parker et al., 2022; Rausch et al., 2021; Topper et Bauermeister, 2022; Shaw et al., 2023), ou se sentent délégitimés par la présomption de ne

pas être liés génétiquement à leur enfant, même en recourant à la méthode ROPA (Shaw et al.).

FACTEURS EXOSYSTÉMIQUES : LA PRISE EN COMPTE DE LA DSPG DANS LES SERVICES DE FERTILITÉ ET LA LÉGISLATION

3) Sensibilisation du personnel socio-sanitaire à la DSPG

Les études abordant la sensibilisation du personnel socio-sanitaire à la DSPG font également état d'expériences variées, bien que plutôt négatives.

Certaines femmes LBP et personnes TQNB nord-américaines ou suédoises perçoivent positivement l'expertise de ce personnel (Chbat et al., 2022; Klittmark et al., 2019; Topper et al., 2022), particulièrement lorsque sensibilisé à la DSPG (Klittmark et al.; Rausch et al., 2021). Notamment, les femmes cisgenres lesbiennes interrogées par Violette et Nguyen (2023) aux États-Unis rapportent que les médecins ont été généralement favorables à les référer en PMA.

À l'inverse, les participant·es de plusieurs études dans différents pays perçoivent un manque de compétence ou de formation du personnel socio-sanitaire pour les accompagner dans leur projet (Appelgren Engström et al., 2018; Bartholomaeus et Riggs, 2020; Klittmark et al., 2019; LaMarre et al., 2020; Topper et al., 2022). Il apparaît que les femmes cisgenres lesbiennes sont moins susceptibles que les femmes hétérosexuelles de se faire demander par leur médecin si elles souhaitent avoir des enfants (Violette et Nguyen, 2023), et d'être aiguillées correctement vers les services appropriés (Gregory et al., 2022). Quant aux personnes TQNB, elles rapportent une réticence des médecins à les référer à des services de PMA (Riggs et al., 2021), ou anticipent une stigmatisation et un inconfort à discuter de leur projet d'enfant (Ker et al., 2022). Ces éléments peuvent contribuer à compromettre l'accès aux services de PMA, voire leur projet parental.

Les professionnel·les socio-sanitaires peuvent également présumer que les usager·ères sont cisgenres et hétérosexuel·les, offrir des conseils inadaptés (ex. recommander de concevoir par relation sexuelle plutôt que de recourir à la PMA),

ou encore poser des questions inappropriées, notamment concernant « l'absence de père » (Appelgren Engström et al., 2022; Epstein, 2018; Klittmark et al., 2019). En plus des sentiments de discrimination, cela peut nuire à la confiance accordée aux informations fournies (Topper et al., 2022) et transposer le poids sur les usager·ères, qui se sentent responsables d'éduquer le personnel sociosanitaire à la DSPG (Appelgren Engström et al., 2018; Klittmark et al.).

4) Adéquation de l'information et de la documentation

Différentes études soulignent la difficulté de plusieurs femmes LBP à obtenir des informations sur les démarches à effectuer qui ne soient pas formulées spécifiquement pour des personnes hétérosexuelles (Appelgren Engström et al., 2018; Rausch et al., 2021; Topper et al., 2022). Des personnes TQNB expriment également des difficultés d'accès aux informations sur la conservation des gamètes, qui ne sont pas toujours communiquées pendant la transition de genre (Ker et al., 2022; Stuyver et al., 2021), malgré une certaine amélioration notée pour les usager·ères des nouvelles générations (Ker et al.). Devant ces difficultés d'accès à une information adaptée auprès des services médicaux, des femmes LBP et des personnes TQNB privilégient d'autres sources d'informations, comme Internet, les livres, ou le bouche-à-oreille (Topper et al.).

La documentation des cliniques de fertilité est décrite comme souvent peu représentative de la diversité des familles dans des études nord-américaines et suédoises. Les images véhiculées à travers les brochures, affiches ou formulaires administratifs représentent majoritairement des familles hétéroparentales (Appelgren Engström et al., 2018, 2022) et blanches (Epstein, 2018). Cela contribue à des sentiments de manque de soutien (Appelgren Engström et al., 2022) ainsi que d'inconfort et d'exclusion chez les femmes LBP et personnes TQNB, notamment racisées (Epstein). Inversement, la représentation de la DSPG peut être perçue comme un signe d'accueil (Rausch et al., 2021), d'ouverture (Klittmark et al., 2019) et de compétence (Topper et al., 2022). Toutefois, ces signaux ne sont pas un gage de qualité aux yeux des personnes usagères, parfois déçues des cliniques

pourtant identifiées comme inclusives de la DSPG (Topper et al.).

Les formulaires administratifs ne sont pas toujours adaptés aux différentes configurations familiales et identités de genre lorsqu'ils ne proposent que des options binaires (Bartholomaeus et Riggs, 2020; Epstein, 2018). En plus de ne pas convenir aux couples de même genre (Epstein), ceci incite le personnel à présumer l'identité de genre et l'orientation sexuelle des usager·ères (Epstein), excluant certaines personnes TQNB (Bartholomaeus et Riggs). Dans certains formulaires, seul le parent gestationnel est associé au statut de mère (Klittmark et al., 2019). Cela exclut les mères ne portant pas l'enfant, dont la maternité légale est niée, et les pères trans ayant porté leur enfant, qui voient leur identité de genre et leur paternité invalidées (Klittmark et al.).

5) Logique organisationnelle des services de fertilité

Les cliniques ne permettent pas toujours les inséminations avec don de sperme d'une personne de l'entourage autre que le ou la conjoint·e, désavantageant les personnes souhaitant recourir à ce type de don, comme plusieurs femmes LBP et personnes TQNB interrogées par Riggs et al. (2021). De plus, les traitements médicaux accompagnant les inséminations (ex. stimulation hormonale) sont souvent décrits comme invasifs, douloureux, éprouvants émotionnellement ou coûteux (Appelgren Engström et al., 2018; Topper et Bauermeister, 2022). Cela est perçu comme particulièrement injuste par plusieurs femmes LBP et personnes TQNB, qui sont soumises au même protocole que les couples hétérosexuels ayant un diagnostic d'infertilité médicale, même lorsque ce n'est pas leur cas (Appelgren Engström et al.; Gregory et al., 2022; Topper et Bauermeister).

Bien qu'exigée pour les couples hétérosexuels et cisgenres dans plusieurs États, la consultation psychosociale avant une insémination avec don de sperme peut générer la crainte de se voir refuser l'accès à la procédure, tout en générant des sentiments d'injustice attribués à des intentions LGBTQ-phobes (Klittmark et al., 2019; Rausch et al., 2021). Cette consultation peut néanmoins être perçue comme une occasion de bénéficier de l'expertise des professionnel·les pour préparer le

projet parental (Rausch et al.). Par ailleurs, certaines personnes usagères interrogées par Bower-Brown et Zadeh (2021) estiment que des cliniques s'affichent comme inclusives de la DSPG pour justifier des tarifs plus élevés.

6) Coûts des services

Les femmes LBP et les personnes TQNB sont parfois confrontées à des coûts additionnels aux couples hétérosexuels et cisgenres pour mener à terme une PMA, lorsque ces coûts ne sont pas entièrement remboursés. Dans le cas d'une insémination avec don d'une personne de l'entourage, les paillettes de sperme sont parfois soumises à une quarantaine de plusieurs mois, générant des frais auxquels les couples hétérosexuels utilisant le sperme du conjoint échappent généralement (Gregory et al., 2022). De même, la procédure ROPA s'avère particulièrement coûteuse lorsqu'elle n'est pas couverte par une assurance, conduisant les personnes moins aisées à y renoncer (Shaw et al., 2023).

Pour plusieurs personnes TQNB, la conservation des gamètes représente la première étape du projet d'enfant. Or, lorsqu'ils ne sont pas couverts, les coûts associés représentent un obstacle majeur pour s'engager dans cette démarche (Ker et al., 2022). Ces personnes peuvent alors privilégier les traitements d'affirmation de genre qui, en plus de leur apparaître souvent plus urgents, sont également très coûteux (Ker et al.; Stuyver et al., 2021). Dans le cas des couples formés d'une personne trans et d'une personne cisgenre ayant les mêmes types de gamètes (ex. homme trans et femme cisgenre ayant tous-tes les deux des ovules), le coût de la conservation des gamètes peut les inciter à recourir aux gamètes de la personne cisgenre, car cette option est plus économique (Stuyver et al.).

Notons que ces contraintes économiques, qui touchent plus particulièrement les personnes en situation de faible revenu, affectent non seulement l'accès aux services de PMA, mais peuvent aussi influencer le choix du nombre d'enfants et du parent qui portera l'enfant (Rausch et Wikoff, 2022).

7) Législation

La possibilité légale de réaliser une PMA en tant que femme LBP dans leur pays de résidence est identifiée comme un facteur en facilitant l'accès (Appelgren Engström et al., 2022). Certains éléments de la législation influencent aussi la décision de recourir à la PMA, comme la possibilité de recourir à un don à identité ouverte (Appelgren Engström et al., 2018, 2022). Elle détermine également la couverture des frais : dans plusieurs États, la couverture publique de la PMA est conditionnée par un diagnostic d'infertilité, excluant plusieurs femmes LBP et personnes TQNB fertiles (Violette et Nguyen, 2023). À l'inverse, une couverture indépendante de l'orientation sexuelle, de l'identité de genre ou du statut marital favorise l'accès à la PMA (Appelgren Engström et al., 2018). L'étude états-unienne de Violette et Nguyen révèle d'ailleurs que les femmes cisgenres lesbiennes sont trois fois plus susceptibles que les femmes cisgenres hétérosexuelles de réaliser une PMA lorsqu'elle fait l'objet d'une couverture (Violette et Nguyen).

La reconnaissance légale de l'homoparenté^{viii} est également identifiée par les femmes LBP comme facilitant l'accès à la PMA (Appelgren Engström et al., 2022). À l'inverse, un contexte légal incertain pour les mères LBP et les parents TQNB constitue un risque pouvant décourager le projet parental (Epstein, 2018). Pour se sécuriser face à cette contrainte, certain-es choisissent la méthode ROPA lorsque possible, car elle permet aux deux parents d'avoir un lien biologique avec l'enfant – bien que cette méthode n'ait pas nécessairement d'effet sur la reconnaissance légale de la parenté (Epstein). En effet, dans certains contextes législatifs, seul le parent portant l'enfant est légalement reconnu (Epstein; Shaw et al., 2023).

FACTEUR MACROSYSTEMIQUE : L'HÉTÉROCISNORMATIVITÉ COMME INFLUENCE TRANSVERSALE

La plupart des facteurs abordés, situés sur les différents niveaux du modèle écosystémique, apparaissent teintés par l'hétérocisnormativité. Cette norme sociale se reflète de façon notable par le manque de soutien de certain-es proches (Rausch et al., 2021; Topper et Bauermeister,

2022), les attitudes négatives et le manque de qualification d'une partie du personnel sociosanitaire (Appelgren Engström et al., 2018; Bartholomaeus et Riggs, 2020; Charter et al., 2018; Epstein, 2018; Ker et al., 2022; Klittmark et al., 2019; LaMarre et al., 2020; Parker et al., 2022; Riggs et al., 2021), ainsi que l'inadéquation de l'information (Rausch et Wikoff, 2022; Topper et al., 2022) et de la documentation (Appelgren Engström et al., 2018, 2022; Bartholomaeus et Riggs; Epstein; Klittmark et al.) des services de fertilité. L'hétérocisnormativité implique également que la logique organisationnelle des services (Appelgren Engström et al., 2018; Gregory et al., 2022; Riggs et al.; Topper et Bauermeister), leurs coûts (Gregory et al.; Ker et al.; Shaw et al., 2023), la couverture médicale (Violette et Nguyen, 2023) et la législation régissant la PMA et la reconnaissance parentale (Epstein; Shaw et al.) peuvent limiter l'accès des femmes LBP et les personnes TQNB aux services de fertilité.

Inversement, le soutien du couple et des proches (Rausch et al., 2021; Rausch et Wikoff, 2022; Topper et Bauermeister, 2022; Shaw et al., 2023), le soutien de personnes de la DSPG ayant un parcours de PMA (Klittmark et al., 2019; Rausch et al.; Topper et al., 2022; Wright, 2023), le soutien d'un personnel sociosanitaire sensibilisé à la DSPG (Appelgren Engström et al., 2018; Klittmark et al.; Rausch et al.; Riggs et al., 2021; Topper et al.), une information et une documentation adéquates (Ker et al., 2022; Klittmark et al.; Rausch et al.; Topper et al.) ainsi qu'une couverture médicale et une législation favorable à la PMA et à l'homoparenté (Appelgren Engström et al.; Violette et Nguyen, 2023) s'avèrent des leviers d'accès aux services de fertilité particulièrement significatifs pour les femmes LBP et les personnes TQNB, dans un contexte hétérocisnormatif.

DISCUSSION

L'objectif de cet article était de présenter les résultats d'une revue rapide visant à identifier, à partir d'une perspective écosystémique, les facteurs décrits dans la littérature comme influençant l'accès à la PMA des femmes LBP et des personnes TQNB. Il s'agit, à notre connaissance, de

la première recension sur le sujet à mobiliser une telle perspective pour obtenir une vision holistique des facteurs à l'œuvre. Accessible au public francophone, cette synthèse actualisée des données met en lumière, au-delà des barrières, les leviers d'accès des femmes LBP et des personnes TQNB à la PMA, essentiels à connaître pour promouvoir leur santé reproductive et leur pouvoir d'agir en matière de projet parental.

Bien que nous ayons ciblé les facteurs concernant plus particulièrement les personnes de la DSPG, rappelons que leur accès aux services de fertilité relève également des mêmes facteurs qui influencent l'accès de la population générale. Citons par exemple la proximité géographique des services, ou les moyens financiers d'en assumer les coûts (Huddleston et al., 2023). De même, il apparaît que l'accès à la PMA des femmes LBP et personnes TQNB est modulé par la position singulière des usager-ères, qui relève de leur ontosystème (Bronfenbrenner, 1979). Cet ensemble inclut leur statut socio-économique (Epstein, 2018; Ker et al., 2022), leur nationalité (Rausch et al., 2021), leur capacité fonctionnelle (Bower-Brown et Zadeh, 2021), leur origine ethnoculturelle (Chbat et al., 2022; Epstein), leur poids corporel (LaMarre et al., 2020), ou leur cohorte générationnelle (Ker et al.). Cela souligne la pertinence pour les recherches futures d'adopter une approche intersectionnelle^{ix} et d'interroger l'approche universelle de la santé reproductive, qui contribue à nier les besoins spécifiques de certains groupes (Porcherie et al., 2018), comme les femmes LBP et les personnes TQNB.

Les études laissent voir certaines stratégies de résistance pour limiter l'impact des expériences négatives pour les femmes LBP et les personnes TQNB avec la PMA, et ainsi concrétiser leur projet parental. Des stratégies de contournement du milieu médical sont évoquées, comme recourir aux réseaux sociaux numériques pour de l'information et du soutien (Wright, 2023), ou à l'insémination artisanale (Klittmark et al., 2019), de même que des stratégies au sein des cliniques, comme sensibiliser le personnel sociosanitaire (Appelgren Engström et al., 2018; Klittmark et al.) ou choisir une technique de PMA (ex. méthode ROPA) pour des motifs stratégiques de reconnaissance

parentale (Shaw et al., 2023). Ces stratégies rendent compte de l'agentivité dont disposent les personnes malgré les contraintes structurelles pesant sur elles (Tveiten, 2021). Des recherches futures pourraient permettre de constater comment évoluent ces stratégies dans le temps et selon les situations.

LIMITES DE L'ÉTUDE

Cette recension présente certaines limites. En ciblant les articles scientifiques récents présentant des études empiriques réalisées auprès d'usager·ères, nous avons écarté la littérature grise, les analyses documentaires, les recensions et les études menées auprès de professionnel·les, qui auraient pu compléter l'éclairage du phénomène. Considérant nos contraintes financières et temporelles, les démarches méthodologiques ont dû être réalisées par une seule personne, ce qui pourrait affecter la reproductibilité des démarches et accroître les erreurs. Néanmoins, la supervision d'une deuxième personne et les accords interjuges réduisent ces risques. La portée des résultats est limitée, notamment en raison du petit nombre de femmes LBP et de personnes TQNB dans certaines études sélectionnées, et se restreint aux zones euro-américaine et du Pacifique Sud. La diversité des contextes législatifs et sociaux des pays concernés invite également à la prudence quant à la comparabilité intrinsèque du corpus et la transférabilité des résultats.

IMPLICATIONS POUR LES PRATIQUES EN SANTÉ ET LES POLITIQUES PUBLIQUES

Cette contribution suggère que le caractère multiniveau des facteurs influençant l'accès à la PMA des femmes LBP et les personnes TQNB requiert des actions tant auprès des milieux de pratiques que des politiques publiques. Voici des pistes ancrées dans nos résultats, et cohérentes avec celles identifiées notamment par Kirubarajan et al. (2021) dans leur propre recension. Au niveau microsystemique, impliquer les parents ne portant pas leur enfant dans le parcours de PMA, favoriser le soutien par les pair·es, encourager les attitudes inclusives de la DSPG par le personnel socio-sanitaire, former le personnel aux besoins spécifiques de santé reproductive des femmes LBP et personnes TQNB, et identifier les

professionnel·les qualifié·es (ex. répertoire web). Au niveau exosystemique, adapter le langage, les formulaires et les supports informationnels ou promotionnels pour inclure l'ensemble des configurations familiales, identité de genre et orientation sexuelle, favoriser l'accès à une information adaptée pour les femmes LBP et les personnes TQNB, faciliter leur processus de PMA (ex. adapter les protocoles pour les personnes sans infertilité, atténuer les contraintes liées à l'insémination avec don d'une personne de l'entourage), rembourser l'ensemble des services et méthodes de PMA, reconnaître la diversité familiale et parentale (ex. homoparenté). Au niveau macrosystemique, sensibiliser la population aux réalités de la DSPG, incluant la parentalité, et participer plus largement à déconstruire l'hétérocisnormativité.

CONCLUSION

En plus d'influencer l'accès effectif des femmes LBP et des personnes TQNB aux services de fertilité, plusieurs facteurs affectent leurs choix reproductifs. Les facteurs identifiés dans cette revue rapide sont, au niveau microsystemique, le soutien du réseau social et du personnel socio-sanitaire; au niveau exosystemique, la sensibilisation du personnel socio-sanitaire à la DSPG, l'adéquation de l'information et de la documentation, le coût et la logique organisationnelle des services de fertilité, la législation; au niveau macrosystemique, l'hétérocisnormativité comme influence transversale. Pour corriger ces iniquités et assurer le droit à la santé reproductive de cette population, qui repose particulièrement sur la PMA (Agopianz et al., 2023), il est crucial d'adopter une approche multiniveau renforçant leur capacité d'action par des mesures dans divers domaines, incluant les politiques publiques et les pratiques de santé.

Contribution des auteur·trices : IC a supervisé avec CF l'ensemble des démarches de cette recension des écrits, réalisées principalement par AA. CF et AA ont corédigé l'article, qui a été révisé par IC et KL. Les quatre auteur·trices ont approuvé la version finale du manuscrit.

Remerciements : Aucun.

Sources de financements : IC a reçu un financement du Secrétariat à la condition féminine pour réaliser un projet de recherche dans lequel est prévu cet article, en collaboration avec les co-auteur-trices.

Déclaration de conflits d'intérêts : Les auteur-trices déclarent qu'il n'y a pas de conflits d'intérêts.

Reçu/Received: 6 Nov/Nov 2023 **Publié/Published:** 26 Juin/June 2024

RÉFÉRENCES

- Agénor, M., Murchison, G. R., Najarro, J., Grimshaw, A., Cottrill, A. A., Janiak, E., Gordon, A. R. et Charlton, B. M. (2021). Mapping the scientific literature on reproductive health among transgender and gender diverse people: A scoping review. *Sexual and reproductive health matters*, 29(1), 1886395. <https://doi.org/10.1080/26410397.2021.1886395>
- Agopiantz, M., Dap, M., Martin, E., Meyer, L., Urwicz, A., Mougel, R. et Malmanche, H. (2023). Assisted reproductive technology in France: The reproductive rights of LGBT people. *Journal of gynecology obstetrics and human reproduction*, 52(10), 102690. <https://doi.org/10.1016/j.jogoh.2023.102690>
- Alencar Albuquerque, G., de Lima Garcia, C., da Silva Quirino, G., Alves, M. J., Belém, J. M., dos Santos Figueiredo, F. W., da Silva Paiva, L., do Nascimento, V. B., da Silva Maciel, É., Valenti, V. E., de Abreu, L. C. et Adami, F. (2016). Access to health services by lesbian, gay, bisexual, and transgender persons: systematic literature review. *BMC international health and human rights*, 16, 2. <https://doi.org/10.1186/s12914-015-0072-9>
- Appelgren Engström, H., Borneskog, C., Loeb, C., Häggström-Nordin, E. et Almqvist, A.-L. (2022). Associations between heteronormative information, parental support and stress among same-sex mothers in Sweden-A web survey. *Nursing Open*, 9(6), 2826-2835. <https://doi.org/10.1002/nop2.986>
- Appelgren Engström, H., Häggström-Nordin, E., Borneskog, C. et Almqvist, A.-L. (2018). Mothers in Same-Sex Relationships Describe the Process of Forming a Family as a Stressful Journey in a Heteronormative World: A Swedish Grounded Theory Study. *Maternal and child health journal*, 22(10), 1444-1450. <https://doi.org/10.1007/s10995-018-2525-y>
- Bartholomaeus, C. et Riggs, D. W. (2020). Transgender and non-binary Australians' experiences with healthcare professionals in relation to fertility preservation. *Culture, health & sexuality*, 22(2), 129-145. <https://doi.org/10.1080/13691058.2019.1580388>
- Bell, A. V. (2016). The margins of medicalization: Diversity and context through the case of infertility. *Social science & medicine* (1982), 156, 39-46. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.03.005>
- Bower-Brown, S. et Zadeh, S. (2021). "I guess the trans identity goes with other minority identities": An intersectional exploration of the experiences of trans and non-binary parents living in the UK. *International journal of transgender health*, 22(1-2), 101-112. <https://doi.org/10.1080/26895269.2020.1835598>
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design*. Harvard University Press. <https://doi.org/10.2307/j.ctv26071r6>
- Charter, R., Ussher, J. M., Perz, J. et Robinson, K. (2018). The transgender parent: Experiences and constructions of pregnancy and parenthood for transgender men in Australia. *International Journal of Transgenderism*, 19(1), 64-77. <https://doi.org/10.1080/15532739.2017.1399496>
- Chbat, M., Côté, I., Pagé, G. et Blais, M. (2023). Intersectional Analysis of the Life Course of LGBTQ+ Parent Families in Québec: Partial and Homonormative Inclusion. *Journal of homosexuality*, 70(10), 2158-2179. <https://doi.org/10.1080/00918369.2022.2049025>
- Colen, S. (1995). FIVE "Like a Mother to Them": Stratified Reproduction and West Indian Childcare Workers and Employers in New York. Dans F. D. Ginsburg et R. Rapp (dir.), *Conceiving the New World Order. The Global Politics of Reproduction* (p. 78-102). University of California Press.
- Covidence (2023). *Systematic Review Software* [logiciel]. Veritas Health Innovation. <http://www.covidence.org>.
- Donati, D. (2016). Patient Management: A Nursing Perspective. Dans S. D. Fleming et A. C. Varghese (dir.), *Organization and Management of IVF Units* (p. 103-113). Springer.
- Epstein, R. (2018). Space invaders: Queer and trans bodies in fertility clinics. *Sexualities*, 21(7), 1039-1058. <https://doi.org/10.1177/1363460717720365>
- Family Equality. (2019). *LGBTQ Family Building Survey*. <https://www.familyequality.org/fbs>
- Garney, W., Wilson, K., Ajayi, K. V., Panjwani, S., Love, S. M., Flores, S., Garcia, K. et Esquivel, C. (2021). Social-Ecological Barriers to Access to Healthcare for Adolescents: A Scoping Review. *International journal of environmental research and public health*, 18(8), 4138. <https://doi.org/10.3390/ijerph18084138>

- Golden, T. L. et Wendel, M. L. (2020). Public Health's Next Step in Advancing Equity: Re-evaluating Epistemological Assumptions to Move Social Determinants From Theory to Practice. *Frontiers in public health*, 8, 131. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.00131>
- Gregory, K. B., Mielke, J. G. et Neiterman, E. (2022). Building Families Through Healthcare: Experiences of Lesbians Using Reproductive Services. *Journal of patient experience*, 9, 23743735221089459. <https://doi.org/10.1177/23743735221089459>
- Hill Collins, P. et Bilge, S. (2016). *Intersectionality*. Polity.
- Huddleston, A., Ray, K., Bacani, R., Staggs, J., Anderson, R. M. et Vassar, M. (2023). Inequities in Medically Assisted Reproduction: a Scoping Review. *Reproductive sciences (Thousand Oaks, Calif.)*, 30(8), 2373–2396. <https://doi.org/10.1007/s43032-023-01236-6>
- Institut français d'opinion publique et Association des familles homoparentales. (2018). *Les LGBT et leur désir de parentalité : État des lieux et perspectives*. https://www.ifop.com/wp-content/uploads/2018/09/CP_ADFH_24092018-1.pdf
- Karpman, H. E., Ruppel, E. H. et Torres, M. (2018). "It wasn't feasible for us": Queer Women of Color Navigating Family Formation. *Family Relations*, 67(1), 118–131. <https://doi.org/10.1111/fare.12303>
- Ker, A., Shaw, R. M., Byrne, J. et Veale, J. (2022). Access to fertility preservation for trans and non-binary people in Aotearoa New Zealand. *Culture, health & sexuality*, 24(9), 1273–1288. <https://doi.org/10.1080/13691058.2021.1944670>
- Khangura, S., Konnyu, K., Cushman, R., Grimshaw, J. et Moher, D. (2012). Evidence summaries: the evolution of a rapid review approach. *Systematic Reviews*, 1, 10. <https://doi.org/10.1186/2046-4053-1-10>
- King, V. J., Stevens, A., Nussbaumer-Streit, B., Kamel, C. et Garritty, C. (2022). Paper 2: Performing rapid reviews. *Systematic reviews*, 11(1), 151. <https://doi.org/10.1186/s13643-022-02011-5>
- Kirubarajan, A., Patel, P., Leung, S., Park, B. et Sierra, S. (2021). Cultural competence in fertility care for lesbian, gay, bisexual, transgender, and queer people: a systematic review of patient and provider perspectives. *Fertility and sterility*, 115(5), 1294–1301. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2020.12.002>
- Klein, D. A., Berry-Bibee, E. N., Keglovitz Baker, K., Malcolm, N. M., Rollison, J. M. et Frederiksen, B. N. (2018). Providing quality family planning services to LGBTQIA individuals: a systematic review. *Contraception*, 97(5), 378–391. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2017.12.016>
- Klittmark, S., Garzón, M., Andersson, E. et Wells, M. B. (2019). LGBTQ competence wanted: LGBTQ parents' experiences of reproductive health care in Sweden. *Scandinavian journal of caring sciences*, 33(2), 417–426. <https://doi.org/10.1111/scs.12639>
- LaMarre, A., Rice, C., Cook, K. et Friedman, M. (2020). Fat Reproductive Justice: Navigating the Boundaries of Reproductive Health Care. *Journal of Social Issues*, 76(2), 338–362. <https://doi.org/10.1111/josi.12371>
- Levesque, J.-F., Harris, M. F. et Russell, G. (2013). Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International journal for equity in health*, 12, 18. <https://doi.org/10.1186/1475-9276-12-18>
- Molina, R. S. (2022). From Adoption to Transnational Surrogacy: Family Formation among Non-Heterosexual Parents in Spain. *Human Organization*, 81(4), 380–389. <https://doi.org/10.17730/1938-3525-81.4.380>
- Paillé, P. et Mucchielli, A. (2021). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (5^e éd.). Armand Colin.
- Parker, G., Ker, A., Baddock, S., Kerekere, E., Veale, J. et Miller, S. (2022). "It's Total Erasure": Trans and Nonbinary Peoples' Experiences of Cisnormativity Within Perinatal Care Services in Aotearoa New Zealand. *Women's Reproductive Health*, 10(4), 591–607. <https://doi.org/10.1080/23293691.2022.2155496>
- Porcherie, M., Le Bihan-Youinou, B. et Pommier, J. (2018). À quelle échelle appliquer l'approche universelle proportionnée pour lutter contre les inégalités sociales de santé ? Pour une approche contextualisée des actions de prévention et de promotion de la santé. *Santé Publique*, 1(HS1), 25-32. <https://doi.org/10.3917/spub.184.0025>
- Rausch, M. A. et Wikoff, H. D. (2023). Protective Relational Factors of Lesbian Couples Navigating the Fertility Process. *Journal of homosexuality*, 70(9), 1725–1742. <https://doi.org/10.1080/00918369.2022.2042660>
- Rausch, M. A., Wikoff, H. D. et Newton, T. (2021). Support for Lesbian Couples Navigating Fertility Treatment: An Ecological Systems Perspective. *Journal of LGBTQ Issues in Counseling*, 15(2), 224-239. <https://doi.org/10.1080/15538605.2021.1914279>
- Riggs, D. W., Pfeffer, C. A., Pearce, R., Hines, S. et White, F. R. (2021). Men, trans/masculine, and non-binary people negotiating conception: Normative resistance and inventive pragmatism. *International journal of transgender health*, 22(1-2), 6–17. <https://doi.org/10.1080/15532739.2020.1808554>
- Rodriguez-Wallberg, K., Obedin-Maliver, J., Taylor, B., Van Mello, N., Tilleman, K. et Nahata, L. (2022). Reproductive health in transgender and gender diverse individuals: A narrative review to guide clinical care and international guidelines. *International journal of transgender health*, 24(1), 7–25. <https://doi.org/10.1080/26895269.2022.2035883>
- Shaw, K., Bower-Brown, S., McConnachie, A., Jadv, V., Ahuja, K., Macklon, N. et Golombok, S. (2022). "Her bun in my oven": Motivations and experiences of two-mother families who have used reciprocal IVF. *Family Relations*, 72(1), 195–214. <https://doi.org/10.1111/fare.12805>

- Stuyver, I., Somers, S., Provoost, V., Wierckx, K., Verstraelen, H., Wyverkens, E., Van Glabeke, L., T'Sjoen, G., Buysse, A., Pennings, G. et De Sutter, P. (2020). Ten years of fertility treatment experience and reproductive options in transgender men. *International journal of transgender health*, 22(3), 294–303. <https://doi.org/10.1080/26895269.2020.1827472>
- Topper, P. S., et Bauermeister, J. A. (2022). Queer Couples Trying to Conceive: Sexual Minority Women Couples' Experiences with Assisted Reproduction. *Sexuality Research and Social Policy*, 19, 956–974. <https://doi.org/10.1007/s13178-022-00707-w>
- Topper, P. S., Bauermeister, J. A. et Golinkoff, J. (2022). Fertility health information seeking among sexual minority women. *Fertility and sterility*, 117(2), 399–407. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2021.09.023>
- Tveiten, S. (2021). Chapter 13 Empowerment and health promotion in hospitals. Dans G. Haugan et M. Eriksson (dir.), *Health Promotion in Health Care – Vital Theories and Research [Internet]* Springer. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK585651/>
- Violette, C. J. et Nguyen, B. T. (2023). Expectations for family building, assisted reproduction, and adoption among lesbians in the National Survey of Family Growth, 2017-2019. *F&S reports*, 4(2), 190–195. <https://doi.org/10.1016/j.xfre.2023.04.003>
- Vitule, C., Couto, M. T. et Machin, R. (2015). Same-sex couples and parenthood: A look at the use of reproductive technologies. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 19(55).
- Worthen, M. G. F. (2016). Hetero-cis-normativity and the gendering of transphobia. *International Journal of Transgenderism*, 17(1), 31–57. <https://doi.org/10.1080/15532739.2016.1149538>
- Wright, S. (2023). Biohacking Queer and Trans Fertility: Using Social Media to Form Communities of Knowledge. *The Journal of medical humanities*, 44(2), 187–205. <https://doi.org/10.1007/s10912-022-09776-9>

Figure 1

Organigramme de sélection des études

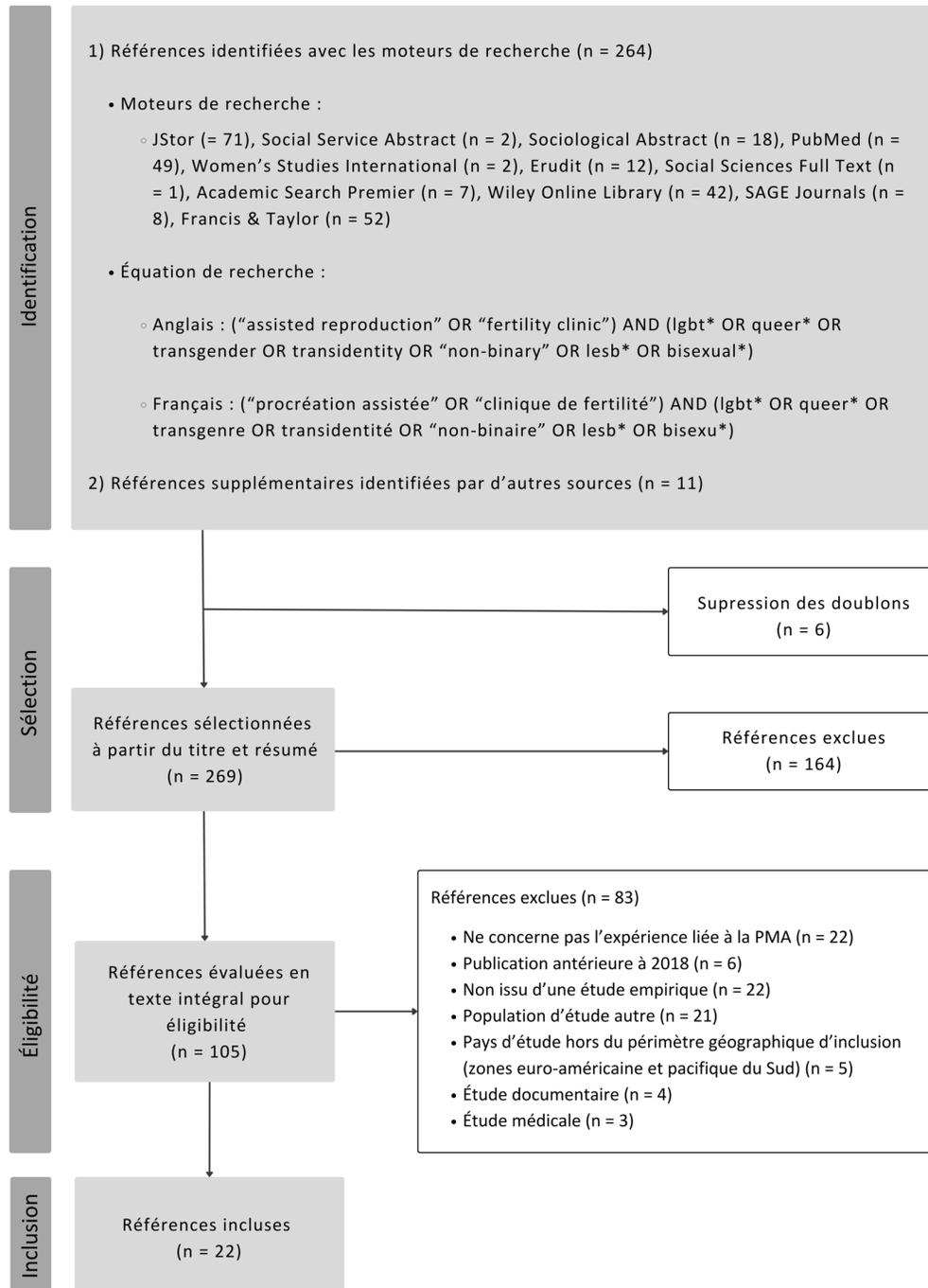


Tableau 1

Description des études retenues

Référence	Titre	Objectif	Pays et années de la collecte de données	Échantillon	Méthodologie	Facteurs relevés
Appelgren Engström et al. (2018)	Mothers in Same-Sex Relationships Describe the Process of Forming a Family as a Stressful Journey in a Heteronormative World: A Swedish Grounded Theory Study	Comprendre comment les femmes en couple avec une autre femme vivent le processus de formation d'une famille par le biais de la PMA, ainsi que leur expérience du soutien parental offert par les professionnel·les de la santé.	Suède (années non spécifiées)	20 femmes cisgenres ayant eu un ou des enfants dans le cadre d'une relation lesbienne par insémination avec don de sperme en clinique de fertilité (12 mères biologiques, 8 mères qui n'ont pas porté leur enfant)	Qualitative : entretiens semi-dirigés, individuels ou en couple	<ul style="list-style-type: none"> - Soutien du personnel sociosanitaire - Sensibilisation du personnel sociosanitaire à la DSPG - Adéquation de l'information et de la documentation - Logique organisationnelle des services de fertilité - Législation - Hétérocisnormativité
Appelgren Engström et al. (2022)	Associations between heteronormative information, parental support and stress among same-sex mothers in Sweden-A web survey	Étudier, à partir du point de vue des mères lesbiennes, leur expérience concernant la formation d'une famille, ainsi que l'association entre les informations hétéronormatives, le soutien parental et le stress parental.	Suède (2019)	146 femmes cisgenres ayant eu un ou des enfants dans le cadre d'une relation lesbienne par insémination avec don de sperme en clinique de fertilité (77 mères biologiques, 59 mères qui n'ont pas porté leur enfant, 10 mères avec les deux statuts)	Quantitative : questionnaire en ligne	<ul style="list-style-type: none"> - Personnel sociosanitaire - Sensibilisation du personnel sociosanitaire à la DSPG - Adéquation de l'information et de la documentation - Législation - Hétérocisnormativité
Bartholomaeus et Riggs (2020)	Transgender and non-binary Australians' experiences with healthcare	Étudier les expériences des personnes trans et non-binaires avec les professionnel·les de la santé dans le contexte	Australie (2018)	295 adultes trans et non-binaires (72 femmes cisgenres, 100 hommes cisgenres, 102 personnes non-binaires, 21	Mixte : questionnaire en ligne et entretiens avec	<ul style="list-style-type: none"> - Soutien du personnel sociosanitaire - Sensibilisation du personnel

Référence	Titre	Objectif	Pays et années de la collecte de données	Échantillon	Méthodologie	Facteurs relevés
	professionals in relation to fertility preservation	de la préservation de la fertilité en Australie.		personnes agenres) d'orientations sexuelles diverses (26 hétérosexuel·les, 49 bisexuel·les, 20 gais, 27 lesbiennes, 71 pansexuel·les, 79 queers, 23 asexuel·les)	certain-es répondant-es	sociosanitaire à la DSPG - Adéquation de l'information et de la documentation - Hétérocisnormativité
Bower-Brown et Zadeh (2021)	"I guess the trans identity goes with other minority identities": An intersectional exploration of the experiences of trans and non-binary parents living in the UK	Comprendre si les différents espaces parentaux (ex. cliniques de fertilité, établissements de santé et de services sociaux, école, crèche, maison) offrent des expériences différentes aux parents trans et non-binaires, et expliquer comment les différentes identités des parents interagissent et influencent leur expérience.	Royaume-Uni (années non spécifiées)	11 parents trans (7 personnes non-binaires, 3 femmes trans, 1 homme trans) ayant eu un ou des enfants (adoption, FIV, insémination avec don de sperme d'une personne de l'entourage, conception non assistée); 6 parents biologiques, 3 parents non-biologiques, 2 parents adoptifs	Qualitative : entretiens semi-dirigés individuels	- Logique organisationnelle des services de fertilité
Charter et al. (2018)	The transgender parent: Experiences and constructions of pregnancy and parenthood for transgender men in Australia	Comprendre comment les hommes trans australiens construisent et vivent leur désir de parentalité, et comment ils construisent et vivent la grossesse.	Australie (années non spécifiées)	25 hommes trans ayant fait l'expérience d'une grossesse, dont 18 ont réalisé une insémination avec don de sperme en clinique de fertilité alors qu'ils étaient en couple avec une femme cisgenre	Mixte : questionnaire en ligne (questions fermées et ouvertes) et entretiens semi-dirigés individuels	- Soutien du personnel sociosanitaire - Hétérocisnormativité

Référence	Titre	Objectif	Pays et années de la collecte de données	Échantillon	Méthodologie	Facteurs relevés
Chbat et al. (2022)	Intersectional Analysis of the Life Course of LGBTQ+ Parent Families in Québec: Partial and Homonormative Inclusion	Étudier les multiples modèles familiaux et les différentes expériences d'oppression auxquelles ces familles sont confrontées en fonction de leur situation sociale.	Canada (2018-2020)	38 parents LGBTQ+, dont 9 ont réalisé une PMA (7 personnes cisgenres, 1 femme trans, 1 homme trans)	Qualitative : entretiens biographiques	- Sensibilisation du personnel socio-sanitaire à la DSPG
Epstein (2018)	Space invaders: Queer and trans bodies in fertility clinics	Illustrer comment les corps, les identités et les configurations familiales LGBTQ sont souvent mal reconnus et compris en contexte de clinique de fertilité.	Canada (années non spécifiées)	3 couples (6 participant-es) : 2 hommes trans noirs, 1 femme cisgenre et 1 femme trans lesbienne blanches, 2 femmes cisgenres queers et blanches	Qualitative : entretiens de couples	- Soutien du personnel socio-sanitaire - Sensibilisation du personnel socio-sanitaire à la DSPG - Adéquation de l'information et de la documentation - Législation - Hétérocinormativité
Gregory et al. (2022)	Building Families Through Healthcare: Experiences of Lesbians Using Reproductive Services	(1) Comprendre comment les lesbiennes perçoivent leurs interactions avec le personnel de santé; (2) étudier leur satisfaction quant aux services de santé par rapport à leurs besoins en matière de fertilité; (3) identifier leurs recommandations par rapport à leur expérience.	Canada (années non spécifiées)	11 femmes cisgenres lesbiennes ayant utilisé ou ayant souhaité utiliser les services de fertilité en Ontario après le changement législatif de 2015 ayant pour effet de couvrir les frais de la FIV	Qualitative : entretiens individuels ou collectifs (couples ou amies)	- Soutien du réseau social - Sensibilisation du personnel socio-sanitaire à la DSPG - Logique organisationnelle des services de fertilité - Coûts des services - Hétérocinormativité
Ker et al. (2022)	Access to fertility preservation for trans and non-	Adapter un cadre théorique d'accès aux soins de santé pour	Nouvelle-Zélande (2018)	Questionnaire à réponses fermées : 419 personnes trans et non-binaires	Quantitative : questionnaire à réponses	- Soutien du personnel socio-sanitaire

Référence	Titre	Objectif	Pays et années de la collecte de données	Échantillon	Méthodologie	Facteurs relevés
	binary people in Aotearoa New Zealand	examiner l'information et les services de préservation de la fertilité.		Questionnaire à réponses ouvertes : 126 des répondant·es du questionnaire à réponses fermées, dont 93 femmes et hommes trans et 33 personnes non-binaires	fermées et questionnaire à réponses ouvertes	<ul style="list-style-type: none"> - Sensibilisation du personnel sociosanitaire à la DSPG - Adéquation de l'information et de la documentation - Coûts des services - Hétérocisnormativité
Klittmark et al. (2019)	LGBTQ competence wanted: LGBTQ parents' experiences of reproductive health care in Sweden	Explorer les expériences des futurs et nouveaux parents LGBTQ en matière de soins de santé reproductive en Suède.	Suède (2017)	12 participant·es non hétérosexuel·les, dont 8 femmes cisgenres, 2 hommes cisgenres et 2 personnes trans ou queers; une personne en relation parentale polyamoureuse, une personne monoparentale et une personne en coparentalité avec un couple; 8 participant·es ayant eu recours à une clinique de fertilité en Suède; 3 à l'étranger; 1 ayant réalisé une gestation pour autrui aux États-Unis	Qualitative : entretiens individuels ou en couple	<ul style="list-style-type: none"> - Sensibilisation du personnel sociosanitaire à la DSPG - Adéquation de l'information et de la documentation - Logique organisationnelle des services de fertilité - Hétérocisnormativité
LaMarre et al. (2020)	Fat Reproductive Justice: Navigating the Boundaries of Reproductive Health Care	Comprendre le type de soins de santé reproductive reçus par les personnes classées comme « obèses ».	Canada (années non spécifiées)	15 femmes cisgenres (dont une femme genderqueer) et 2 hommes trans	Qualitative : entretiens semi-dirigés	<ul style="list-style-type: none"> - Sensibilisation du personnel sociosanitaire à la DSPG - Hétérocisnormativité

Référence	Titre	Objectif	Pays et années de la collecte de données	Échantillon	Méthodologie	Facteurs relevés
Parker et al. (2022)	It's Total Erasure": Trans and Nonbinary Peoples' Experiences of Cisnormativity Within Perinatal Care Services in Aotearoa New Zealand	Explorer les expériences des personnes trans en matière de soins périnataux en Nouvelle-Zélande.	Nouvelle-Zélande (2021-2022)	20 personnes trans et non-binaires (10 personnes non-binaires, 3 personnes agenres, 3 hommes trans, 3 femmes trans, 1 personne transmasculine, 1 personne transféminine, 2 personnes genderqueer, 2 personnes au genre fluide, 1 personne non conforme aux normes de genre, 1 personne takatāpui. Certaines personnes ont utilisé plus d'un terme pour définir leur identité de genre.)	Qualitative : entretiens semi-dirigés	<ul style="list-style-type: none"> - Soutien du personnel socio-sanitaire - Hétéro-cisnormativité
Rausch et al. (2021)	Support for Lesbian Couples Navigating Fertility Treatment: An Ecological Systems Perspective	Examiner les expériences de soutien vécues par des couples de femmes lesbiennes ayant traversé le processus de fertilité.	États-Unis (années non spécifiées)	13 femmes (cisgenres ?) lesbiennes	Qualitative : entretiens semi-dirigés	<ul style="list-style-type: none"> - Soutien du réseau social - Soutien du personnel socio-sanitaire - Sensibilisation du personnel socio-sanitaire à la DSPG - Adéquation de l'information et de la documentation - Logique organisationnelle des services de fertilité - Hétéro-cisnormativité

Référence	Titre	Objectif	Pays et années de la collecte de données	Échantillon	Méthodologie	Facteurs relevés
Rausch et Wikoff (2023)	Protective Relational Factors of Lesbian Couples Navigating the Fertility Process	Comprendre les facteurs relationnels protecteurs présents dans le processus de fertilité pour les couples de lesbiennes.	États-Unis (années non spécifiées)	13 femmes (cisgenres ?) lesbiennes	Qualitative : entretiens semi-dirigés	<ul style="list-style-type: none"> - Soutien du réseau social - Coûts des services - Hétérocisnormativité
Riggs et al. (2021)	Men, trans/masculine, and non-binary people negotiating conception: Normative resistance and inventive pragmatism	Examiner les expériences de grossesse, y compris la conception, chez les hommes trans, les personnes transmasculines et les personnes non-binaires.	Australie, Canada, États-Unis, Royaume-Uni et pays de l'Union européenne (2018-2019)	51 hommes trans, personnes transmasculines ou personnes non-binaires. Orientations sexuelles : 17 queers, 10 pansexuel·les, 7 bisexuel·les, 5 gais, 12 autres; 24 ont eu recours au sperme de leur partenaire, 15 à un don de sperme anonyme, 12 à un don d'une personne de leur entourage	Qualitative : entretiens semi-dirigés	<ul style="list-style-type: none"> - Soutien du personnel socio-sanitaire - Sensibilisation du personnel socio-sanitaire à la DSPG - Adéquation de l'information et de la documentation - Logique organisationnelle des services de fertilité - Hétérocisnormativité
Molina (2022)	From Adoption to Transnational Surrogacy: Family Formation among Non-Heterosexual Parents in Spain	Comprendre comment les conditions nationales et transnationales affectent la formation des familles non hétérosexuelles en Espagne.	Espagne (2017-2021)	25 participant·es (cisgenres ?) non hétérosexuel·les devenu·es parents pour la première fois après 35 ans, via l'adoption internationale (8), la gestation pour autrui à l'étranger (10), la FIV (6) ou l'adoption après avoir été famille d'accueil (1)	Qualitative : entretiens et observations participantes	<ul style="list-style-type: none"> - Soutien du réseau social - Soutien du personnel socio-sanitaire
Topper et Bauermeister (2022)	Queer Couples Trying to Conceive: Sexual Minority	Examiner les expériences partagées de couples	États-Unis (2019)	20 femmes cisgenres (10 couples), dont 12 lesbiennes, 3 bissexuelles	Qualitative : entretiens semi-dirigés	<ul style="list-style-type: none"> - Soutien du réseau social

Référence	Titre	Objectif	Pays et années de la collecte de données	Échantillon	Méthodologie	Facteurs relevés
	Women Couples' Experiences with Assisted Reproduction	avec la reproduction assistée.		et 11 queers (certaines décrivent une orientation sexuelle multiple : queer et lesbienne, queer et bisexuelle)		<ul style="list-style-type: none"> - Soutien du personnel sociosanitaire - Logique organisationnelle des services de fertilité - Hétérocisnormativité
Topper et al. (2022)	Fertility health information seeking among sexual minority women	Explorer qualitativement et décrire les expériences de recherche d'informations sur la fertilité de couples de femmes de minorité sexuelle recourant à la reproduction assistée.	États-Unis (2019)	20 femmes cisgenres (10 couples). Orientations sexuelles : 12 lesbiennes, 3 bisexuelles, 11 queers (certaines décrivent une orientation sexuelle multiple : queer et lesbienne, queer et bisexuelle)	Qualitative : entretiens semi-dirigés	<ul style="list-style-type: none"> - Soutien du personnel sociosanitaire - Sensibilisation du personnel sociosanitaire à la DSPG - Adéquation de l'information et de la documentation - Hétérocisnormativité
Shaw et al. (2023)	"Her bun in my oven": Motivations and experiences of two-mother families who have used reciprocal IVF	Comprendre ce qui motive les couples de femmes à choisir la méthode ROPA, et explorer si leurs expériences de devenir mères via cette méthode correspondent à leurs attentes avant la parentalité.	Royaume-Uni (années non spécifiées)	28 femmes cisgenres ayant eu recours à la méthode ROPA	Qualitative : entretiens semi-dirigés	<ul style="list-style-type: none"> - Sensibilisation du personnel sociosanitaire à la DSPG - Adéquation de l'information et de la documentation - Hétérocisnormativité
Stuyver et al. (2021)	Ten years of fertility treatment experience and reproductive options in transgender men	Décrire les expériences d'hommes trans et leurs partenaires féminines cisgenres respectives concernant leur demande de conception avec don de sperme, leurs intentions de	Belgique (2014-2015)	Analyse des dossiers médicaux de 47 couples (homme trans, femme cisgenre) ayant réalisé une PMA en Belgique entre février 2002 et janvier 2012, et entretiens avec 12	Mixte : analyse de dossiers médicaux et entretiens	<ul style="list-style-type: none"> - Adéquation de l'information et de la documentation - Coûts des services

Référence	Titre	Objectif	Pays et années de la collecte de données	Échantillon	Méthodologie	Facteurs relevés
		divulgaration à l'enfant, et leurs façons d'aborder les options reproductives actuelles et futures.		couples (homme trans, femmes cisgenres) ayant réalisé une PMA ou souhaitant en réaliser une		
Violette et Nguyen (2023)	Expectations for family building, assisted reproduction, and adoption among lesbians in the National Survey of Family Growth, 2017–2019	Caractériser les objectifs et les expériences de construction familiale de lesbiennes par rapport à ceux de femmes hétérosexuelles aux États-Unis.	États-Unis (2017-2019)	5286 femmes (cisgenres?). Orientations sexuelles : 5127 hétérosexuelles, 159 lesbiennes	Quantitative : analyse secondaire des données d'une enquête statistique nationale	<ul style="list-style-type: none"> - Sensibilisation du personnel socio-sanitaire à la DSPG - Législation - Hétérocisnormativité
Wright (2023)	Biohacking Queer and Trans Fertility: Using Social Media to Form Communities of Knowledge	Explorer le rôle et l'utilisation des plateformes de médias sociaux (ex. groupes Facebook) dans la pratique de <i>biohacking</i> de la fertilité exercée par des personnes trans pour subvenir à leurs objectifs de procréation.	États-Unis (années non spécifiées)	9 personnes trans ou non-binaires (4 hommes trans, 2 personnes agenres, 2 personnes genderqueer, 1 personne transmasculine,), dont 6 ayant participé à un entretien	Qualitative : analyse de publications Facebook et entretiens	<ul style="list-style-type: none"> - Soutien du réseau social - Hétérocisnormativité

ⁱ Qui n'ont pas fait de transition de genre.

ⁱⁱ L'insémination peut se faire avec le sperme du ou de la conjoint-e, avec le sperme d'une personne dans l'entourage du ou des futurs parents, ou avec un don de sperme provenant d'une banque. Dans ce dernier cas, le don peut avoir été fait avec une identité fermée (anonymisation complète de la personne ayant fait le don) ou ouverte (possibilité d'obtenir certaines informations la concernant).

ⁱⁱⁱ ROPA (réception d'ovules du ou de la partenaire) : technique de FIV où l'un-e des partenaires fournit les ovules (parent génétique) et l'autre reçoit l'embryon et porte l'enfant (parent gestationnel).

^{iv} Congélation des gamètes (ovules et spermatozoïdes) pour un éventuel projet de PMA.

^v L'hétérocisnormativité est le postulat, bien ancré dans la plupart des structures sociales, selon lequel il n'existe que deux genres (homme, femme) reflétant le sexe biologique (mâle, femelle), et selon lequel l'hétérosexualité apparaît plus valable (Worthen, 2016).

^{vi} Désigner une personne d'une manière qui ne correspond pas à son identité de genre.

^{vii} Auto-insémination en dehors du circuit médical, avec don de sperme d'une personne de l'entourage.

^{viii} Reconnaissance des deux membres d'un couple de même genre comme les parents légaux de leur enfant.

^{ix} L'approche intersectionnelle se base sur l'idée que les identités individuelles sont influencées par les interconnexions des multiples identités sociales, les sources d'oppression et les rapports de pouvoir qu'elles sous-tendent (Hill Collins et Bilge, 2016).