

Garantir un accès équitable à la procréation médicalement assistée pour les personnes LGBTQ+

GUIDE DE PRATIQUES INCLUSIVES POUR LES CLINIQUES DE FERTILITÉ



Organisations partenaires

La **Chaire de recherche du Canada sur la procréation pour autrui et les liens familiaux** vise à développer une compréhension globale et intégrative de la réalisation de projets parentaux à l'aide de donneurs ou de donneuses de gamètes et d'embryons ou de femmes porteuses.

La **Coalition des familles LGBT+** est un organisme communautaire de défense de droits qui vise la reconnaissance sociale et légale des familles de la diversité sexuelle et de la pluralité des genres. La Coalition travaille à bâtir un monde où toutes les familles sont célébrées et valorisées. Ses actions sont guidées par ses valeurs d'équité, d'inclusion, de bienveillance et de solidarité.

Le **Centre de recherche Jeunes, familles et réponses sociales (JEFAR)** a pour mission de développer des connaissances fondamentales et appliquées sur le vécu des jeunes, des couples et des familles ainsi que sur les réponses sociales déployées pour favoriser leur inclusion.

Ce projet a été financé par le **Secrétariat à la condition féminine du Québec**.

Introduction

L'accès à la procréation médicalement assistée (PMA) est un enjeu fondamental pour de nombreuses personnes LGBTQ+ qui souhaitent fonder une famille. Grâce aux avancées sociales, légales et technologiques, la diversité des parcours parentaux est aujourd'hui mieux reconnue. Toutefois, des obstacles demeurent et s'ajoutent aux obstacles préexistants liés à l'accès aux soins de fertilité.

Les cliniques de fertilité jouent un rôle clé dans la réduction des inégalités de santé reproductive vécues par les populations LGBTQ+. Un accompagnement adapté et respectueux permet non seulement d'assurer des soins de qualité, mais aussi d'offrir à la patientèle LGBTQ+ une expérience positive et sécurisante tout au long de leur parcours.

Objectif du guide et fondements

Ce guide vise à outiller les professionnel·les de la fertilité pour mieux comprendre les réalités des populations LGBTQ+¹ et répondre à leurs besoins spécifiques, notamment dans le contexte de soins québécois.

Il s'adresse à toutes les personnes impliquées dans les services de fertilité, à savoir le personnel médical, infirmier, psychosocial et administratif. Leur rôle va bien au-delà des aspects médicaux : ces personnes informent, conseillent et accompagnent la patientèle tout au long du parcours procréatif, contribuant ainsi à réaliser leur projet de fonder une famille.

Ce guide a été réalisé dans le cadre du projet de recherche collaboratif ACCÈS, conduit en partenariat avec la [Chaire de recherche du Canada sur la procréation pour autrui et les liens familiaux](#), la [Coalition des familles LGBTQ+](#) et le [Centre de recherche Jeunes, familles et réponses sociales \(JEFAR\)](#). Son contenu repose sur des études scientifiques récentes², des témoignages de personnes concernées ainsi que sur l'expertise terrain acquise par la Coalition des familles LGBTQ+ au cours des 30 dernières années. Il s'inscrit également dans le cadre des obligations légales et des normes en matière de droits de la personne, et reste cohérent avec les principes déontologiques encadrant les professions de la santé, notamment le respect de l'intérêt, de la dignité et de l'autonomie des patient·es.

¹ LGBTQ+ : acronyme qui regroupe les personnes lesbiennes, gaies, bisexuelles, trans et queer, ainsi que d'autres identités liées à la diversité des genres et des orientations sexuelles.

² Voir la bibliographie à l'Annexe A, ainsi que notre recension des écrits : Côté I, Fournier C, Aslett A, Lavoie K. 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. *Sci Infirm Prat Santé*. 2024;7(1). Disponible sur : <https://doi.org/10.7202/1112376ar>

Un cadre légal soutenant des pratiques inclusives

Les soins en fertilité, comme tous les soins de santé, doivent être offerts dans le respect des principes d'équité et de non-discrimination. Au Québec, plusieurs cadres légaux encadrent ces obligations et assurent la protection des droits des personnes LGBTQ+.

La Charte des droits et libertés de la personne du Québec interdit toute discrimination fondée sur l'orientation sexuelle, l'identité de genre (le genre auquel une personne s'identifie) et l'expression de genre (la manière dont une personne exprime son genre à travers son apparence ou ses comportements). Elle garantit ainsi un accès aux services de santé sans distinction liée à ces caractéristiques. De plus, la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* réaffirme le droit à des soins accessibles et adaptés, en tenant compte des diversités présentes dans la société.

De récentes réformes légales ont également renforcé la reconnaissance des parents trans (qui ne s'identifient pas au sexe et au genre assignés à la naissance) et des parents non-binaires (dont l'identité de genre s'inscrit sur un spectre entre le féminin et le masculin ou hors de ces deux pôles). Il est désormais possible de faire modifier sa mention de sexe à l'État civil sans obligation d'intervention médicale; de choisir la mention de sexe *X* comme alternative aux mentions *féminin (F)* et *masculin (M)*; et d'être désigné·e comme parent plutôt que mère ou père sur l'acte de naissance de son enfant.



Le saviez-vous?

Refuser de soigner une personne en raison de son identité LGBTQ+, ou persister à utiliser un pronom ou un genre qui ne correspond pas à son identité, constitue une discrimination pouvant faire l'objet d'une plainte auprès de la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse.

Les réalités spécifiques de la patientèle LGBTQ+ en contexte de PMA

Les personnes LGBTQ+ qui entreprennent un parcours de PMA peuvent faire face à des réalités et des défis distincts qui influencent leur expérience de soin. Ces enjeux diffèrent souvent de ceux de la patientèle hétérosexuelle et cisgenre (hommes et femmes qui n'ont pas fait de transitions de genre) et peuvent façonner leur relation avec les professionnel·les de la santé et les services de fertilité.

Voici certaines particularités qui peuvent influencer leur parcours et qui méritent d'être prises en compte dans l'accompagnement clinique et psychosocial.

Une diversité d'identités et d'expériences : Les trajectoires de vie de la patientèle LGBTQ+ ne s'inscrivent généralement pas dans les cadres traditionnels du genre et de la sexualité. L'orientation sexuelle, l'identité de genre, l'expression de genre et les caractéristiques sexuelles existent sur un spectre et peuvent évoluer avec le temps. Cela s'applique autant à une personne elle-même qu'à la ou qu'aux personnes qui partagent sa vie. Cette diversité invite à adopter une approche ouverte et sans présomption, en laissant chaque personne définir son identité, son parcours et ses besoins en matière de fertilité.

Des modèles familiaux variés : Le modèle nucléaire traditionnel (un père, une mère et leurs enfants biologiques) est aujourd'hui l'une des nombreuses configurations familiales possibles. Les familles homoparentales (au moins un parent lesbien, gai, bisexuel ou pansexuel³), transparentales (au moins un parent trans), soloparentales (un seul parent) et pluriparentales (plus de deux parents) sont des réalités de plus en plus présentes. Reconnaître et respecter toutes ces configurations, sans présumer d'un modèle unique, permet d'offrir un accompagnement adapté à toutes les familles.

Un rapport aux soins influencé par un historique de discrimination : Plusieurs personnes LGBTQ+ ont vécu des expériences négatives dans le système de santé, ce qui peut influencer leur niveau de confort et de confiance envers les services médicaux, y compris en fertilité.

L'importance des liens de soutien : Les réseaux de soutien des personnes LGBTQ+ ne se limitent pas toujours à leur·s partenaire·s et leur famille d'origine. Pour plusieurs, la famille choisie — composée d'am·ies ou de proches significatifs — joue un rôle central dans leur parcours parental. Ces dynamiques peuvent influencer leurs décisions et leur expérience des soins en fertilité. Certain·es patient·es pourraient aussi souhaiter être accompagné·es de ces proches tout au long du processus.

³ Pansexuel·le : pouvant être attiré·e par une personne sans égard au genre.

Des barrières persistantes en contexte de PMA

Malgré les avancées légales et sociales, des expériences négatives continuent d'être rapportées par des personnes LGBTQ+ en parcours de PMA. Parmi les obstacles les plus courants figurent :

Des erreurs de langage et de terminologie dans les interactions ou les formulaires, comme le fait de désigner la conjointe de la patiente en utilisant des termes inappropriés tels que « conjoint » ou « partenaire masculin » : désigner un individu donneur de sperme comme « le père » ; désigner un père trans comme « la mère » ; ou désigner une personne non-binaire avec son ancien prénom ou le mauvais pronom.

Des présomptions sur les rôles parentaux et les modèles familiaux, par exemple, questionner un couple lesbien ou une femme seule sur l'impact de l'absence d'un père, ou questionner les couples où chaque personne a un système reproducteur féminin à préciser si leurs relations sexuelles ont déjà conduit à une grossesse.

Des protocoles perçus comme non adaptés par plusieurs personnes LGBTQ+, qui les estiment conçus pour des couples hétérosexuels et cisgenres confrontés à l'infertilité, et donc non appropriés à leur situation.

La peur « d'échouer » la rencontre psychosociale, qui peut être vécue comme une évaluation injuste de la capacité parentale risquant de compromettre l'accès à la PMA.

Une pression à adapter le projet parental en traitant les partenaires comme interchangeables — par exemple, suggérer à un couple de femmes que chacune devrait envisager de porter une grossesse afin de maximiser leurs chances, même si ce n'est pas leur souhait. Cette pression peut aussi se manifester de manière implicite envers une personne trans ou non-binaire ayant la capacité de porter une grossesse, exacerbant ainsi une dysphorie de genre — c'est-à-dire la détresse ressentie par certaines personnes trans ou non-binaires en raison de l'incongruence entre leur identité de genre et le sexe ou genre qui leur a été assigné à la naissance.

Des refus de services sans explication transparente, comme un refus d'insémination avec un don dirigé provenant d'une personne autre qu'un·e conjoint·e alors que de nombreuses cliniques offrent ce service.

Quand tu appelles à la clinique, ça dit « composez le 1 pour des problèmes de fertilité, le 2 pour autre chose ». Il n'y pas d'option pour les couples de même sexe, donc tu coches « problèmes de fertilité ». C'est un détail, mais tu te dis : « Je ne suis pas exactement représentée, encore une fois. » [...] Le formulaire, c'est « conjoint », c'est masculin. Il n'y a pas d'autres possibilités. [...] L'autre fois la secrétaire a dit... Jeanne est clairement à côté de moi, puis pour planifier l'insémination, elle demande si c'est un échantillon de donneur ou si c'est son échantillon. Jeanne a répondu « ça va être vraiment dur pour moi de produire un échantillon ! » [rires].

Delphine et Jeanne, femmes cisgenres lesbiennes⁴

⁴ Les citations proviennent des participant·es du projet ACCÈS. Des pseudonymes sont utilisés afin de préserver leur anonymat.

C'est arrivé à plusieurs reprises, par plusieurs médecins, qu'après les inséminations, je me faisais dire que je pouvais avoir des relations sexuelles avec mon mari. Je trouvais ça insultant. [...] Ça a été une grande source de frustration. Oui, c'est lié à leurs pensées hétéronormatives⁵, mais c'est surtout qu'ils ne sont pas informés du dossier de la patiente.

Véronique et Stéphanie, femmes cisgenres lesbiennes

Sur le site, il y a un petit drapeau de la fierté, mais je ne sens pas tant que ça que c'est *queer-friendly*⁶, à part qu'ils offrent des services payants aux personnes LGBT. Je ne pense pas qu'on nous a demandé nos pronoms. Moi je devais utiliser mon nom légal alors que depuis des années j'utilise un prénom choisi. [...] Je comprends qu'ils ont besoin de mes informations légales, mais ça aurait été bien de les mettre une fois au dossier, puis après d'utiliser mon prénom choisi, mes pronoms. [...] Et ce qui m'a vraiment choquée dans le processus, c'était qu'on nous demandait de faire tous les tests de fertilité comme si nous étions un couple hétéro infertile. On a même demandé à ma partenaire qui n'allait pas porter l'enfant de faire un test de dépistage des ITSS. Et quand j'ai demandé au médecin pourquoi, [rires] [...] on m'a juste dit que c'était le protocole.

Sky, personne *genderqueer*⁷ pansexuelle

Je me rappelle qu'on a eu l'évaluation psychologique. C'est un peu bizarre. À la fin, il nous a dit : « OK, vous êtes aptes à devenir mères. » Ce qui nous a un peu... choquées.

Dominick et Romane, femmes cisgenres lesbiennes

Ces expériences, et bien d'autres peuvent non seulement affecter la santé de la patientèle, mais aussi renforcer une méfiance envers le système médical, nuisant ainsi à l'accessibilité aux soins et à la parentalité.

Les prochaines sections présentent des pistes de pratiques inclusives liées à six domaines : les espaces physiques et virtuels, le climat des rendez-vous, la communication, la formation du personnel, la posture d'alliance et les politiques d'établissement.

⁵ L'hétéronormativité désigne un ensemble de présomptions sociales selon lesquelles l'hétérosexualité constitue la norme, et selon lesquelles les rôles de genre sont conçus comme binaires et complémentaires (homme/femme).

⁶ *Queer-friendly* : se dit d'un lieu ou d'une personne qui accueille et respecte les identités et réalités LGBTQ+.

⁷ *Genderqueer* : qui remet en question les catégories de genre d'homme et de femme. S'apparente à l'identité de genre non-binaire.

Créer des espaces physiques et virtuels représentatifs

Généralement, il y a très peu de représentation visuelle des expériences LGBTQ+ touchant la famille, la natalité et la parentalité. Cette invisibilisation peut mener à un sentiment d'aliénation et une diminution des expériences positives avec la PMA.

Quelques pistes :



Aménagement des lieux

Intégrer des affiches, photos ou décorations qui reflètent la diversité des familles, des corps et des identités de genre.



Publicités et communications

S'assurer que le site web et les supports numériques de la clinique reflètent cette diversité, et indiquer clairement dans le descriptif de services que les personnes LGBTQ+ sont bienvenues.



Toilettes et produits d'hygiène

Utiliser une signalisation neutre (ex. pictogramme de toilette ou de lavabo), offrir des options genrées et non genrées selon les préférences, et mettre des produits menstruels à disposition dans toutes les toilettes.

Favoriser un climat accueillant lors des rendez-vous

Établir un dialogue ouvert dès le départ avec les personnes LGBTQ+ favorise un climat de confiance, essentiel pour le partage d'informations sensibles cruciales au traitement. Cette approche aide aussi à réduire la méfiance souvent liée à des expériences négatives passées et encourage un suivi médical plus régulier.

Quelques pistes :

Éviter de présumer qui portera l'enfant, ni que les deux parents, le cas échéant, le souhaitent. Ne pas associer automatiquement la capacité de vivre une grossesse au désir de le faire, ni présumer de cette capacité selon l'expression de genre.

Contextualiser les questions et les actes médicaux pour aider la patientèle à mieux en comprendre la pertinence, pour éviter qu'elle se sente spécifiquement visée ou qu'elle perçoive les protocoles comme non adaptés à sa réalité.

Connaître et inclure le réseau de soutien de la patientèle (partenaire·s romantique·s, coparent·s, ami·es, etc.) en adéquation avec leur configuration familiale (biparentale, pluriparentale, soloparentale, etc.).

Respecter la vie privée de la patientèle, particulièrement en ce qui concerne les informations sensibles comme la transition de genre, les relations polyamoureuses (qui impliquent plus de deux partenaires), etc. S'assurer que les questions sensibles soient motivées par des besoins cliniques, et non par simple curiosité.

Adapter la rencontre psychosociale. Par crainte d'être jugées et de compromettre leur accès à la PMA, certaines personnes LGBTQ+ taisent des informations importantes. Une explication claire du rôle de cette rencontre, combinée à un accompagnement respectueux et adapté aux réalités LGBTQ+, aide à instaurer la confiance.

Être à l'écoute de la patientèle pour identifier ses besoins particuliers.

Par exemple, une personne pourrait vouloir se renseigner sur les options de préservation de la fertilité, ou les banques de gamètes.

Référer les personnes à des organismes spécialisés, tels que la Coalition des familles LGBTQ+.

« Je comprends que cette démarche peut vous paraître surprenante dans votre situation. Laissez-moi vous expliquer pourquoi il est préférable de la faire. »

« Pouvez-vous m'indiquer les personnes impliquées dans le projet parental, et le rôle de chacune? »

Communiquer pour montrer votre ouverture

Le langage utilisé repose souvent sur des présomptions, y compris en PMA. On parle spontanément de couples homme-femme, de mères porteuses ou de pères biologiques, et on utilise généralement des termes féminins pour désigner la patientèle. Ces habitudes peuvent exclure ou invisibiliser les personnes LGBTQ+ dont les réalités ne correspondent pas à ces modèles. Adopter un langage plus inclusif permet de mieux refléter la diversité des parcours parentaux.

Quelques pistes :

Utilisation des prénoms, pronoms et titres : Employer le prénom et les pronoms choisis, indépendamment des documents légaux (sauf dans des cas précis comme les tests sanguins ou les communications avec la RAMQ). Demander aux personnes quels titres utiliser dans les communications (ex. monsieur, madame, aucun titre).

Présentation et références : Lors de la première visite, briser la glace en mentionnant ses pronoms et en demandant à la personne (et à celle-s qui l'accompagnent) comment elles souhaitent être désignées.

« Bonjour ! Je suis Dre Bouchard, j'utilise le pronom elle. Comment puis-je me référer à vous deux, et quelle est votre relation? »

Dossiers et formulaires : Adapter les documents pour inclure le prénom choisi, les pronoms, le réseau de soutien et la configuration familiale. Au besoin, les valider avant les rencontres et s'assurer qu'elles soient transmises à l'équipe soignante.

Identité parentale : Respecter les mots utilisés par les personnes impliquées dans le projet parental pour désigner leur rôle (ex. mère, père, parent, néologismes tels que mapa).



Le saviez-vous?

Adapter le langage ne relève pas du caprice. Le mégenrage, soit le fait de désigner une personne avec un genre auquel elle ne s'identifie pas, nuit significativement à la santé mentale et physique, et pousse certaines personnes à éviter les soins — ce qui va à l'encontre du principe de non-malfaisance.

(suite)

Terminologie liée au corps : Pour éviter d'accentuer le malaise ressenti par certaines personnes trans ou non-binaires par rapport à certaines caractéristiques sexuées de leur corps, respecter la terminologie qu'elles préfèrent (ex. « poitrine » plutôt que « seins »).

Erreurs et corrections : En cas d'erreur, s'excuser brièvement et poursuivre. Si l'erreur vient d'un·e collègue, la rectifier, et, si cela persiste, aviser la direction.

« Vous pouvez en discuter avec votre conjointe.
Oh, pardon ! Votre conjoint. »

Former le personnel

Développer des compétences et des connaissances en matière d'inclusion est essentiel pour offrir des soins de qualité à une patientèle de plus en plus diversifiée. De plus, la terminologie permettant de mieux décrire les réalités des personnes LGBTQ+ se nuance au fil des années, les lois qui affectent leur vécu changent, et les attentes à l'égard des soins peuvent elles aussi évoluer.



Quelques pistes :

Offrir du matériel éducatif et de la formation continue à tout le personnel sur les réalités LGBTQ+ pour renforcer leurs compétences et sensibiliser aux meilleures pratiques.

Collaborer avec les organismes communautaires LGBTQ+ en les invitant aux activités de sensibilisation de la clinique et en intégrant leur expertise aux pratiques du personnel.

S'abonner à l'infolettre des allié·es de la Coalition des familles LGBTQ+ pour rester informé·e des enjeux et ressources disponibles.

Devenir allié·e

En contexte de PMA, où les parcours sont souvent longs, intimes et émotionnellement chargés, le rôle d'allié·e prend une importance particulière pour la patientèle LGBTQ. Être allié·e ne signifie pas « tout savoir », mais plutôt s'engager activement contre l'invisibilisation, la négation et les discriminations. Cette posture implique un travail réflexif, une vigilance quotidienne et une volonté de s'améliorer.

Quelques pistes :

Faire preuve d'humilité en se mettant dans une position d'apprentissage et à l'écoute des spécificités de la patientèle.

« Aujourd'hui, cette patiente m'a sensibilisé au fait qu'elle et sa conjointe sont toutes les deux les « vraies » mères de leur bébé. J'ai réalisé que j'avais tendance à désigner celle qui porte l'enfant comme « la » mère, et à mettre de côté sa partenaire. La maternité, ce n'est pas juste la biologie ! »

Remettre en question les stéréotypes de genre dès que l'occasion se présente.

Prendre conscience de nos propres préjugés, biais et privilèges en réfléchissant à la façon dont notre vécu influence notre perception des réalités LGBTQ+.

Réagir immédiatement face aux propos ou comportements sexistes, homophobes ou transphobes.

Agir en modèle en abordant régulièrement les thèmes de la diversité sexuelle et de genre, afin de normaliser ces discussions.



« Dans la clinique aujourd'hui, je t'ai entendu dire quelque chose qui pourrait être invalidant pour cette patiente. Serais-tu ouvert·e à en discuter? »

Mettre en place des politiques d'établissement inclusives

Pour que la clinique puisse offrir un environnement réellement inclusif aux personnes LGBTQ+, l'engagement doit être soutenu par des politiques claires et visibles. Celles-ci guident le personnel et assurent la cohérence des pratiques au-delà des initiatives individuelles et des changements d'équipe. Elles créent un cadre structurant qui protège contre la discrimination, renforce la responsabilité des établissements et garantit un accès équitable aux soins.

Quelques pistes :



S'engager officiellement pour l'équité de soins envers les populations LGBTQ+, par exemple en adhérant à une charte de l'inclusion ou en créant **un énoncé de mission visible** sur votre site web et dans la clinique (ex. affiche, dépliant).



Mettre en place une **politique contre la discrimination et le harcèlement** qui indique clairement les recours des victimes.



Ajouter une **boîte à suggestions** (ex. « Aidez-nous à faire preuve de plus d'inclusion ! ») dans un endroit discret, comme la salle des toilettes.

ANNEXE A

Bibliographie

1. Agopiantz M, Dap M, Martin E, Meyer L, Urwicz A, Mougél R, et al. Assisted reproductive technology in France: The reproductive rights of LGBT people. *J Gynecol Obstet Hum Reprod*. 2023;52(10):102690. <https://doi.org/10.1016/j.jogoh.2023.102690>
2. Appelgren Engström H, Häggström-Nordin E, Borneskog C, Almqvist AL. 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. *Matern Child Health J*. 2018;22(10):1444–1450. <https://doi.org/10.1007/s10995-018-2525-y>
3. Côté I, Fournier C, Aslett A, Lavoie K. 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. *Sci Infirm Prat Santé*. 2024;7(1). <https://doi.org/10.7202/1112376ar>
4. Dolan IJ, Strauss P, Winter S, Lin A. Misgendering and experiences of stigma in health care settings for transgender people. *Med J Aust*. 2020 Mar;212(4):150–151.e1. <https://doi.org/10.5694/mja2.50497>
5. Epstein R. Space invaders: Queer and trans bodies in fertility clinics. *Sexualities*. 2018;21(7):1039–1058. <https://doi.org/10.1177/1363460717720365>
6. Gregory KB, Mielke JG, Neiterman E. Building families through healthcare: Experiences of lesbians using reproductive services. *J Patient Exp*. 2022;9:23743735221089459. <https://doi.org/10.1177/23743735221089459>
7. Klein DA, Berry-Bibee EN, Keglovitz Baker K, Malcolm NM, Rollison JM, Frederiksen BN. Providing quality family planning services to LGBTQIA individuals: a systematic review. *Contraception*. 2018;97(5):378–391. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2017.12.016>
8. Klittmark S, Garzón M, Andersson E, Wells MB. LGBTQ competence wanted: LGBTQ parents' experiences of reproductive health care in Sweden. *Scand J Caring Sci*. 2019;33(2):417–426. <https://doi.org/10.1111/scs.12639>
9. Parker G, Ker A, Baddock S, Kerekere E, Veale J, Miller S. "It's total erasure": Trans and nonbinary peoples' experiences of cisnormativity within perinatal care services in Aotearoa New Zealand. *Womens Reprod Health*. 2022; 10(4):591–607. <https://doi.org/10.1080/23293691.2022.2155496>
10. Rausch MA, Wikoff HD. Protective relational factors of lesbian couples navigating the fertility process. *J Homosex*. 2023;70(9):1725–1742. <https://doi.org/10.1080/00918369.2022.2042660>
11. Rausch MA, Wikoff HD, Newton T. Support for lesbian couples navigating fertility treatment: An ecological systems perspective. *J LGBTQ Issues Couns*. 2021;15(2) 224–239. <https://doi.org/10.1080/15538605.2021.1914279>

12. Rodriguez–Wallberg K, Obedin–Maliver J, Taylor B, Van Mello N, Tilleman K, Nahata L. Reproductive health in transgender and gender diverse individuals: A narrative review to guide clinical care and international guidelines. *Int J Transgend Health*. 2023;24(1):7–25. <https://doi.org/10.1080/26895269.2022.2035883>
13. Shaw K, Bower–Brown S, McConnachie A, Jadv V, Ahuja K, Macklon N, et al. “Her bun in my oven”: Motivations and experiences of two–mother families who have used reciprocal IVF. *Fam Relat*. 2022;72(1):195–214. <https://doi.org/10.1111/fare.12805>
14. Stuyver I, Somers S, Provoost V, Wierckx K, Verstraelen H, Wyverkens E, et al. Ten years of fertility treatment experience and reproductive options in transgender men. *Int J Transgend Health*. 2020;22(3):294–303. <https://doi.org/10.1080/26895269.2020.1827472>
15. Topper PS, Bauermeister JA. Queer couples trying to conceive: Sexual minority women couples’ experiences with assisted reproduction. *Sex Res Social Policy*. 2022;19:956–974. <https://doi.org/10.1007/s13178-022-00707-w>
16. Topper PS, Bauermeister JA, Golinkoff J. Fertility health information seeking among sexual minority women. *Fertil Steril*. 2022;117(2):399–407. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2021.09.023>

ANNEXE B

Cadres législatifs favorisant l'inclusion des personnes LGBTQ+ en santé reproductive au Québec



ANNEXE C

Boîte à outils

Pour mieux comprendre les réalités LGBTQ+ :

- [Parce que les mots comptent](#) — Lexique avec des définitions claires et accessibles pour mieux comprendre les réalités LGBTQ+, réalisé par la Fondation Émergence
- [Des mots pour exister](#) — Livre brochant un portrait actuel des réalités des personnes LGBTQ+ au Québec et leurs familles, en prenant le vocabulaire comme point de départ

Pour se former :

- Formation [Sexes, genres et orientations sexuelles : comprendre la diversité](#), donnée par l'Institut national de santé publique du Québec et destinée aux milieux de la santé et des services sociaux
- [Répertoire de formations](#) offertes sur demande par la Coalition des familles LGBTQ+
- [Répertoire des activités de formation et de sensibilisation aux réalités LGBTQ2+ au Québec](#), réalisé et mis à jour par le Conseil québécois LGBT

Pour rendre les milieux cliniques plus inclusifs :

- [Guide de communication inclusive](#) développé par la communauté de pratique en équité, diversité et inclusion (EDI) du réseau de l'Université du Québec
- [Inclusion LGBTQ+ dans l'environnement bâti](#) — Guide à l'attention des professionnel·les de l'aménagement et de la construction pour la prise en compte des diversités corporelle, sexuelle et de genre dans la gestion de projets d'aménagement au Québec

Pour orienter et outiller la patientèle LGBTQ+ :

- [Coalition des familles LGBTQ+](#), organisme dédié à la défense des droits, à la sensibilisation et au soutien des familles LGBTQ+
- [Guide sur les inséminations pour les futurs parents LGBTQ+](#), réalisé par la Coalition des familles LGBTQ+
- [La procréation médicalement assistée \(PMA\) : À quoi m'attendre en tant que personne 2SLGBTQ+ ?](#) Infographies réalisées dans le cadre du projet ACCÈS
- [La rencontre psychosociale en clinique de fertilité : À quoi m'attendre en tant que personne 2SLGBTQ+ ?](#) Infographies réalisées dans le cadre du projet ACCÈS

Citation suggérée

Équipe de recherche ACCÈS. Garantir un accès équitable à la procréation médicalement assistée pour les personnes LGBTQ+. Guide de pratiques inclusives pour les cliniques de fertilité. Québec : Chaire de recherche du Canada sur la procréation pour autrui et les liens familiaux, Coalition des familles LGBTQ+, Centre de recherche Jeunes, familles et réponses sociales (JEFAR); 2025.

Rédaction

Claudia Fournier
Mona Greenbaum

Direction scientifique du projet

Isabel Côté

Équipe de recherche

Isabel Côté
Mona Greenbaum
Claudia Fournier
Kévin Lavoie
Emma Bouffard
Anna Aslett

Graphisme

Tessier atelier