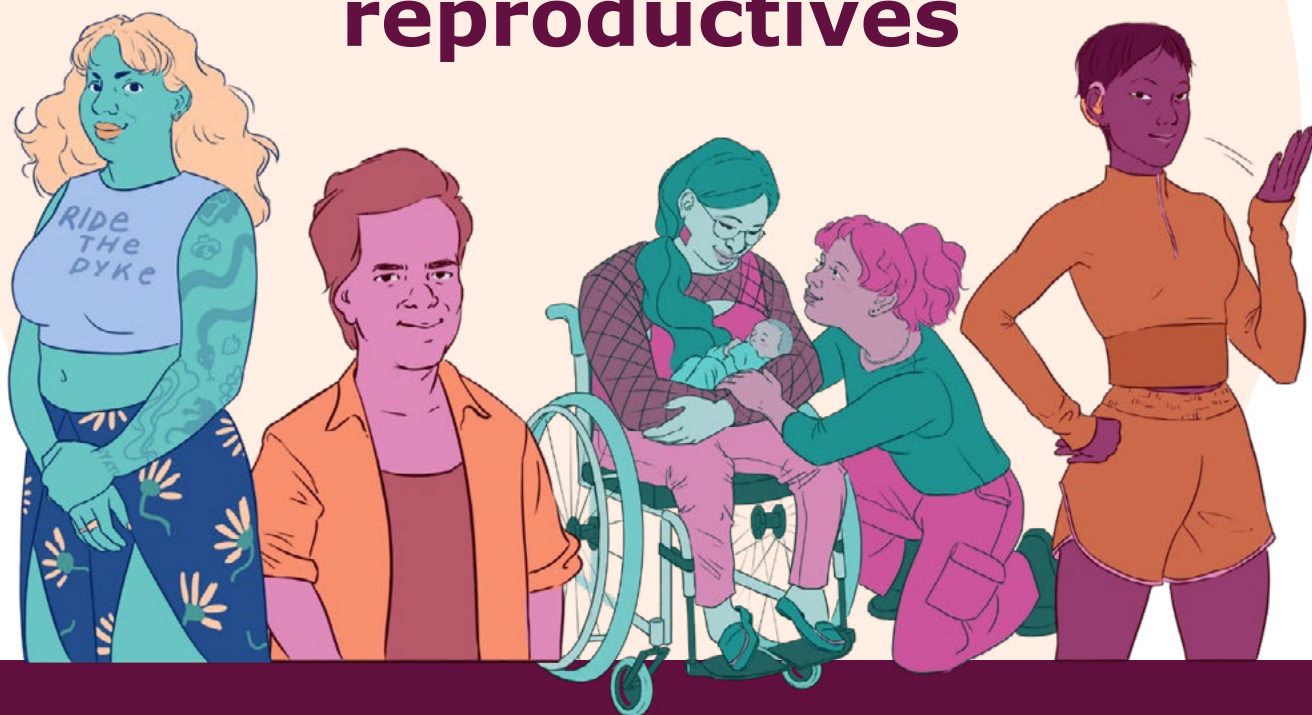


# S'attaquer aux injustices reproductives



## Naviguer dans les services de santé sexuelle et reproductive en tant que personne lesbo-queer et/ou de la diversité capacitaire

### Revue de la littérature



Ce projet est financé par le Conseil de recherches en sciences humaines.



Conseil de recherches en sciences humaines du Canada

Social Sciences and Humanities Research Council of Canada



**INJUSTICES REPRODUCTIVES**

## Collecte de données et rédaction du rapport

**Jacques, Raphaël**, UQAM

**Renaudin, Adé**, UQAM

**Guay, Artemis C.**, UQAM

## Équipe de recherche

Chercheuse responsable :

**Pagé, Geneviève**, Ph. D., UQAM

Co-chercheuses :

**Bessaïh, Nesrine**, Ph. D., UQAM

**Lévesque, Sylvie**, Ph. D., UQAM

**Mercerat, Coralie**, Ph. D., UdeM

## Partenaires :

**Bujold, Ariane**, Centre de solidarité lesbienne

**Carpentier, Lévis-Simon**, Ex æquo

**Hadjabi, Schahnez**, Association du Québec des personnes de petite taille (AQPPT)

**Khan, Nashwa**, DAWN Canada

**Lüthi, Gwendoline**, coordination politique Fédération du Québec pour le planning des naissances (FQPN) jusqu'en février 2025

## Coordination du projet :

**Guay, Artemis C.**, UQAM

## Coordination du partenariat :

**Lampron, Ève-Marie**, Service aux collectivités, UQAM

## Graphisme et mise en pages :

**Fadelle Noël**

## Réalisation du logo et des images du projet :

**Malvina Barra**

## Organisme de financement :

**CRSH** – Subvention de développement de partenariat

## Pour citer ce rapport :

Jacques, R., Renaudin, A., Guay, A.C., Pagé, G., Bessaïh, N., Lévesque, S., Mercerat, C., Bujold, A., Carpentier, L.S., Lüthi, G., Khan, N. Et Habjabi, S. (2025) *S'attaquer aux injustices reproductives: Naviguer dans les services de santé sexuelle et reproductive en tant que personne lesbo-queer et/ou de la diversité capacitaire*. Revue de la littérature. SAC-UQAM, Montréal.

ISBN : 978-2-925169-21-5 (PDF), 978-2-925169-22-2 (Papier)

# Reconnaissance territoriale<sup>1</sup>

L'équipe de rédaction de ce rapport reconnaît qu'il a été rédigé et diffusé sur des terres autochtones non cédées. Montréal fait partie d'un territoire ancestral appelé Tiohtiá:ke en kanien'kéha et Mooniyang en anishinaabemowin. Cet endroit a longtemps servi et sert toujours de lieu de vie, de rassemblement et d'échanges entre plusieurs Premières Nations, notamment la nation Kanien'kehá:ka de la Confédération Haudenosaunee et les nations Wendat, W8banaki et Anishinaabe qui y sont liées par un attachement ancestral.

Aujourd'hui, une population autochtone diversifiée, ainsi que d'autres peuples, y résident. Le fait de reconnaître que nous sommes des invitéEs sur ces terres est une étape importante pour la reconnaissance du tort qu'ont subi et continuent de subir les Premiers Peuples à cause de la colonisation ainsi que pour la construction de rapports plus égaux et respectueux entre les peuples autochtones et les autres membres de la communauté montréalaise.

Les communautés autochtones connaissent des enjeux de santé sexuelle et reproductive spécifiques qui méritent une attention particulière. En effet, en raison de la colonisation et des discriminations systémiques, les femmes issues des Premières Nations, Inuit et Métis sont plus sujettes à des grossesses à risque, à la mortalité maternelle, au cancer du col de l'utérus et aux agressions à caractère sexuel (1). De plus, la colonisation a imposé une conception binaire et rigide du genre, venant criminaliser les personnes situées aux marges de ces normes au sein même de leurs propres communautés (2,3).

---

<sup>1</sup> Cette reconnaissance territoriale est inspirée de celle adoptée par le Département de sexologie de l'UQAM.

Des parallèles peuvent ainsi être faits entre les expériences en santé sexuelle et reproductive des personnes lesbo-queer, des personnes de la diversité capacitaire et des Premiers Peuples. En effet, ces populations sont toutes plus à risque de vivre des stérilisations non consenties, de la surveillance disproportionnée et des signalements injustifiés auprès des services de protection de la jeunesse (4). Rejetant cet état de fait, les femmes et les personnes de la diversité sexuelle et de genre autochtones luttent activement pour le développement d'une prise en charge équitable et holistique de la reproduction et de la sexualité. Que ce soit par la mise sur pied de systèmes de la protection de la jeunesse autonomes (5,6), la revitalisation des savoirs ancestraux sur la maternité (7,8) ou la réaffirmation des perspectives autochtones sur l'orientation sexuelle et l'identité de genre (9,10), l'ère est à la résurgence. Ce rapport est écrit en solidarité face à ces enjeux communs dont les Premiers Peuples sont à l'avant-plan : puissent nos luttes converger au bénéfice de tousTEs.

# Table des matières

<b>Liste des figures et tableaux.....</b>	<b>vi</b>
<b>Méthodologie .....</b>	<b>3</b>
<b>Résultats - Barrières.....</b>	<b>5</b>
Manque de connaissances médicales .....	6
Personnes lesbo-queer.....	6
Personnes de la diversité capacitaire .....	7
Attitudes et comportements préjudiciables .....	7
Personnes lesbo-queer.....	7
Personnes de la diversité capacitaire .....	8
Barrières systémiques .....	9
Personnes lesbo-queer.....	9
Personnes de la diversité capacitaire .....	10
Barrières économiques .....	10
Barrières intersectionnelles .....	11
Barrières spécifiques à la diversité capacitaire .....	12
Barrières architecturales .....	12
Barrières communicationnelles .....	13
Barrières sensorielles.....	13
<b>Résultats – Stratégies .....</b>	<b>15</b>
Stratégies d’adaptation.....	15
Stratégies d’auto-prise en charge.....	17
Stratégies d’évitement.....	15
Stratégies de rébellion .....	20
<b>Synthèse.....</b>	<b>21</b>
Enjeux communs .....	21
Enjeux distincts .....	22
<b>Conclusion .....</b>	<b>23</b>
<b>Annexes.....</b>	<b>25</b>
<b>Bibliographie .....</b>	<b>29</b>

# Liste des figures et tableaux

<b>Figure 1 :</b>	Barrières à l'accès aux services en santé sexuelle et reproductive auxquelles les personnes lesbo-queer et de la diversité capacitaire font face.....	5
<b>Figure 2 :</b>	Stratégies d'accès aux services en santé sexuelle et reproductive que les personnes lesbo-queer et de la diversité capacitaire utilisent .....	16
<b>Tableau 1 :</b>	Études associées à chaque barrière à l'accès aux services en santé sexuelle et reproductive auxquelles les personnes lesbo-queer et de la diversité capacitaire font face.....	25
<b>Tableau 2 :</b>	Études associées à chaque stratégie d'accès aux services en santé sexuelle et reproductive que les personnes lesbo-queer et de la diversité capacitaire utilisent.....	26

# Contexte

Le projet « S’attaquer aux injustices reproductives » est une recherche initiée par la Fédération du Québec pour le planning des naissances (FQPN), afin d’analyser l’accès aux soins de santé sexuelle et reproductive (SSR) pour les personnes lesbo-queer et les personnes de la diversité capacitaire. Elle a été conduite en partenariat avec le Centre de solidarité lesbienne de Montréal (CSL), Ex aequo, l’Association du Québec des personnes de petite taille (AQPPT) et DAWN Canada.

## **Personnes lesbo-queer**

Les personnes qui s’identifient à la communauté lesbienne, et ce, peu importe leur identité de genre ou leur orientation sexuelle.

## **Personnes de la diversité capacitaire**

Les personnes qui s’identifient comme ayant des conditions de santé affectant leur mobilité, leur motricité ou leur communication, qui sont de petite taille, Sourdes, non voyantes ou malvoyantes, neurodivergentes ou ayant des enjeux de santé mentale.

Cette recherche financée par le CRSH<sup>2</sup> comprend quatre objectifs spécifiques :

- 1) Documenter les obstacles et les situations de discriminations vécues par ces populations;
- 2) Identifier les stratégies mises en place par les personnes lesbo-queer et de la diversité capacitaire pour accéder aux services en SSR souhaités;
- 3) Cerner les besoins de ces groupes marginalisés pour améliorer l’accès à ces services;
- 4) Produire des outils de sensibilisation sur ces réalités pour les organismes partenaires du projet et le personnel de soins.

---

<sup>2</sup> Conseil de recherches en sciences humaines.

Une revue de la littérature scientifique a été réalisée afin de repérer les données qui existent pour les objectifs 1) à 3). Ce rapport décrit la méthodologie employée pour réaliser la revue de la littérature et les faits saillants qui en ressortent. La dernière section discute des ressemblances et des différences entre ces deux groupes. À la suite de cette revue, des entrevues approfondies ont été réalisées avec des personnes concernées. Les résultats de ces entrevues seront présentés dans un rapport distinct.

Ce rapport met en évidence les diverses formes et manifestations que peuvent prendre le cisgenrisme, l'hétérosexisme et le capacitisme.

**Le capacitisme** est « un système d'oppression discriminant les personnes en situation de handicap en raison du fait qu'elles ne correspondent pas aux normes sociales (occidentales) des capacités physiques, physiologiques, neurotypiques, etc. Le capacitisme peut prendre la forme d'idées et de présomptions, de stéréotypes, d'attitudes et de pratiques, de barrières physiques dans l'environnement, de barrières symboliques ou d'oppressions à plus grande échelle » (11) (p. 14)

**Le cisgenrisme**<sup>3</sup> constitue « un système d'oppression qui touche les personnes trans, parfois nommé transphobie. Il se manifeste sur le plan juridique, politique, économique, social, médical et normatif. » (12) (p. 121)

**L'hétérosexisme** est un système d'oppression touchant les personnes non hétérosexuelles. Borrillo et Mécarly (13) le définissent comme « la croyance en la hiérarchie des sexualités, plaçant l'hétérosexualité au rang supérieur » et « [l]'étalon à partir duquel les autres sexualités doivent se mesurer » (p. 23). De ces systèmes découle la (cis)hétéronormativité; « l'ensemble de relations, actions, institutions et savoirs » qui présentent le fait d'être cisgenre et hétérosexuelLE comme « normal » ou naturel (14).

---

<sup>3</sup> À noter qu'une personne cisgenre est une personne qui s'identifie au genre qui lui a été assigné à la naissance.

# Méthodologie

Des recherches sur trois bases de données scientifiques (PsycInfo, PubdMed et Scopus) ont été menées pour repérer les études portant sur les expériences des personnes lesbo-queer et de la diversité capacitaire vécues au sein des services SSR. Pour être retenues, les études devaient être: (a) publiées depuis 2013; (b) en français ou en anglais; (c) menées dans le Nord global<sup>4</sup>; (d) auprès de personnes âgées de 18 ans et plus; (e) en lien avec les services SSR suivants : gynécologie, urologie, contraception, interruption volontaire de grossesse ou avortement, planification familiale, services entourant la grossesse et l'accouchement, méthodes de conception alternatives et l'adoption. Afin d'offrir un portait ciblé, les études portant sur les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) et sur des populations présentant des enjeux hautement distincts (personnes vivant avec des incapacités intellectuelles, une démence ou un cancer) ont été exclues. Spécifiquement pour la diversité capacitaire, seules les études qualitatives ou mixtes adoptant le point de vue des personnes concernées ont été retenues, étant donné le volume élevé de publications.

L'échantillon final est composé de 94 études, dont 59 portent sur la diversité capacitaire et 35 sur les personnes lesbo-queer. Après avoir identifié une liste préliminaire de thèmes, les résultats des études ont été codifiés puis analysés par deux membres de l'équipe (AR et RJ).

---

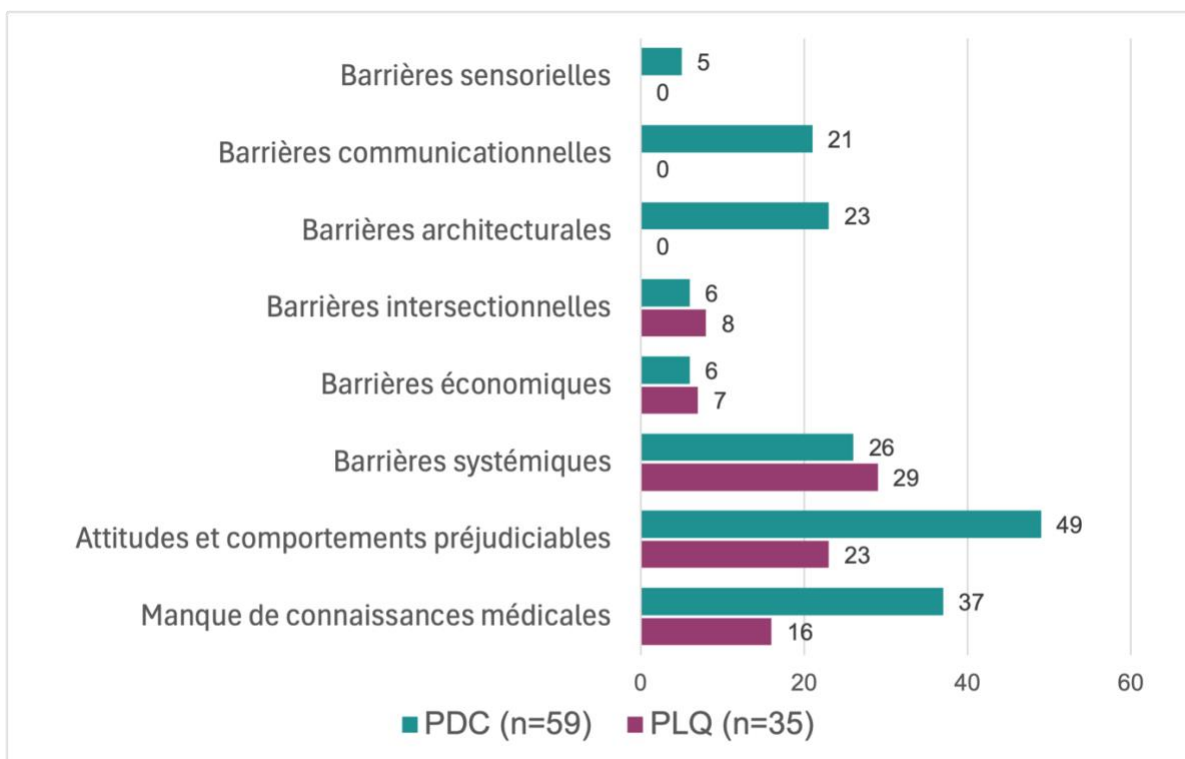
<sup>4</sup> Le Nord global désigne l'ensemble des pays privilégiés par la répartition inégale des richesses à l'échelle mondiale. Il inclut l'Europe, le Canada, les États-Unis, l'Australie et la Nouvelle-Zélande ainsi que certaines parties de l'Asie, à savoir le Japon, la Corée du Sud, Israël et la Palestine occupée.



## Résultats - Barrières

La Figure 1 présente les barrières communes aux personnes lesbo-queer (PLQ) et de la diversité capacitaire (PDC) et le nombre d'études appuyant ces barrières. Ces barrières ont trait aux connaissances et aux comportements du personnel de soins, au fonctionnement des systèmes de santé, aux enjeux économiques et à la multiplication des oppressions pour ceux et celles qui se trouvent à l'intersection de plusieurs identités marginalisées. Les barrières en lien avec l'accessibilité physique, sensorielle et communicative des services SSR sont quant à elles propres aux personnes de la diversité capacitaire.

**Figure 1 :** Barrières à l'accès aux services en santé sexuelle et reproductive auxquelles les personnes lesbo-queer et de la diversité capacitaire font face



[Description de l'image : Un diagramme de bande qui rapporte le nombre d'études ayant fait part de données pour chaque type de barrières. Les attitudes et comportements préjudiciables sont la barrière la plus prévalente, avec 49 études rapportant ce type de barrière chez les personnes de la diversité capacitaire et 23 pour les personnes lesbo-queer. Les données de ce diagramme se retrouvent en détails dans le Tableau 1, en annexe.]

## Manque de connaissances médicales

Les études révèlent que le personnel de soins en SSR ne détient pas les connaissances nécessaires à la prise en charge des personnes lesbo-queer et de la diversité capacitaire.

### Personnes lesbo-queer

Le personnel de soins donne souvent des soins et des informations erronés et inadaptés aux personnes lesbo-queer (15-29). En effet, le personnel de soins ignore que cette population fait face à des enjeux spécifiques en SSR par rapport aux personnes cishétérosexuelles, en particulier en ce qui a trait aux transmissions d'ITSS (15,18-20) ou aux méthodes de conception alternatives pour les familles homoparentales (16,22,24,25,30). Par exemple, le personnel de soins ne sait pas toujours expliquer comment utiliser des digues dentaires (32) ou encore ne sait pas que les personnes bisexuelles sont plus à risque de contracter certaines ITSS comme le VIH que les personnes lesbiennes ou hétérosexuelles (6). Ces lacunes sont rapportées comme « tiresome and annoying » (fatigantes et frustrantes)<sup>5</sup> par les personnes lesbo-queer, qui sont parfois mieux renseignées sur leurs propres enjeux de SSR que le personnel de soins qu'iels<sup>6</sup> consultent à cet effet (16,25,28).

---

<sup>5</sup> Traduction libre de « tiresome and annoying » dans le texte (référence 25, p. 421). Voir aussi « leading some participants to feel alienated, uncomfortable, and unwelcome » (référence 30, p. 60).

<sup>6</sup> Le pronom iel (iels au pluriel) est formé de la contraction des pronoms il et elle. « Iel » permet de désigner une personne de manière neutre, sans égard à son genre. C'est pourquoi nous privilégions l'usage de ce pronom dans ce rapport.

## Personnes de la diversité capacitaire

En ce qui a trait à la diversité capacitaire, ces lacunes prennent la forme d'une ignorance quant à différentes thématiques, en particulier l'impact du handicap sur la fertilité (31-33), la grossesse et l'accouchement (34-41). Le personnel de soins se trouve souvent incapable de répondre aux questions posées (39,42,43) ou livre des informations contradictoires (40,44,45) ou erronées (39).

« Lors de mon premier rendez-vous avec le gynécologue, je lui ai demandé s'il avait déjà eu d'autres patientes comme moi et s'il connaissait le processus. Il m'a répondu : "Non, pas du tout". »

*(Référence 42, p. 6, femme en situation de handicap physique, traduction libre)*

## Attitudes et comportements préjudiciables

Parfois le personnel de soins adopte des attitudes et des comportements préjudiciables nuisant au parcours de soins des personnes lesbo-queer et des personnes de la diversité capacitaire.

### Personnes lesbo-queer

Le personnel de soins peut faire preuve de biais et de préjugés relatifs aux personnes lesbo-queer, tels que le fait de présumer que les patientEs sont tousTEs cisgenres et hétérosexuelLEs (17,18,20,21,24,27,46-48) et que si iels ne le sont pas, ce n'est qu'une phase passagère (15,17-20,25,27-29, 49,50). Cela engendre une vision erronée ou restreinte de ces identités (17,18,20,23-25,29,46,47,50-53), ce qui peut mener à un manque d'empathie (17,18,21,25,29,30,46,51,52). En outre, le personnel de soins peut tenir des propos et adopter des comportements maladroits, déplacés, voire discriminants ou violents, comme le fait de remettre en cause la validité des familles homoparentales (17-20,24,25,27-30,49-55). Les comportements peuvent parfois aller jusqu'à des agressions verbales, physiques ou sexuelles (52,53) ou à un refus de prendre en charge les

personnes lesbo-queer (28,54). Ces obstacles entraînent chez cette population des sentiments de détresse, d'exclusion et d'invisibilisation de leurs réalités au sein des services de SSR (18,23,24,29,52-54).

« Malgré le fait d'avoir clairement communiqué [un refus d'examen par une quelconque forme de touché génital], l'autonomie [corporelle] de Monica a été violée : "[L'obstétricien] n'a pas vraiment écouté [...]. Il a été très dur avec moi et j'espère que ce n'était pas parce que [le corps médical] comparait le fait que j'avais six enfants avec le fait que j'avais dit que j'étais lesbienne. En y repensant, j'ai l'impression qu'il m'a 'corrigée' digitalement". »

*(Référence 52, p. 1137, femme lesbienne, traduction libre)*

## Personnes de la diversité capacitaire

Le personnel de soins peut contribuer à véhiculer des stéréotypes voulant que les personnes de la diversité capacitaire n'aient pas de désirs sexuels (32,33,36,38,56-63) et qu'elles soient incompetentes en tant que parents (32,36-39,62,64-72). Ces croyances peuvent mener à des gestes les privant du contrôle sur leur corps et leur reproduction, notamment sous la forme d'incitation à l'avortement ou à la mise en adoption (33,39,66,69), de signalements injustifiés aux services de la protection de la jeunesse (64,66-68,73) et de stérilisations non consenties (74).

« J'avais l'impression qu'ils pensaient que j'étais un parent incompetent parce que j'avais le syndrome d'Asperger. Le corps médical n'a pas l'air de comprendre ou de se soucier de l'interaction entre la grossesse et le syndrome d'Asperger. »

*(Référence 102, p. 193, femme neurodivergente, traduction libre)*

## Barrières systémiques

Le fonctionnement des systèmes de santé complexifie l'accès aux soins en SSR.

### Personnes lesbo-queer

Le personnel de soins rapporte que les enjeux de SSR des communautés lesbo-queer ne sont pas ou peu présents dans les cursus de formation professionnelle (15,23,27,48,51,75,76). Cela influence donc la qualité et la pertinence des soins pour les personnes lesbo-queer. Également, le système de SSR est empreint de cisgenrisme et d'hétéronormativité, que ce soit au niveau des protocoles inadaptés aux besoins des personnes lesbo-queer, des formulaires à remplir, du nom des locaux ou au niveau des pratiques langagières genrées du personnel de soins (16,17,20,22,24, 26-28,30,51-55,75,77-82). Par exemple, les formulaires à remplir lors d'accouchement utilisent les termes « père » et « mère », plutôt que le terme neutre « parent » (25,28,29,51,75). Cela entraîne des sentiments d'injustice chez les personnes lesbo-queer qui ne se sentent pas accueillies et prises en compte lors de la navigation dans ces services (16,22,28,30,51,54,75,80).

Certaines zones géographiques – notamment rurales – ne disposent pas suffisamment de services de SSR (22,23,26,28,49,53,77,78,82). En outre, les personnes lesbo-queer des régions rurales n'ont souvent pas la possibilité de recourir à des services spécialisés sur les enjeux touchant leur vécu (22,23,49). Les personnes lesbo-queer des régions rurales font ainsi face à des risques plus élevés de subir des discriminations lorsqu'elles accèdent aux soins en SSR. Même en régions urbaines, il existe peu de personnel soignant ou de services spécialisés en SSR pour les personnes lesbo-queer (22,23,26,28,46,49,53,77,78,82) du fait, entre autres, de la faiblesse de ressources financières, humaines et institutionnelles qui leur sont allouées (26). Étant donné cette pénurie de main-d'œuvre, les temps d'attente pour les services publics sont longs (26). Les soins peuvent ainsi être expéditifs, réduisant la qualité de la prise en charge (78).

## Personnes de la diversité capacitaire

Un manque de continuité dans les soins obtenus auprès de différents membres du personnel de soins constitue une importante barrière pour les personnes de la diversité capacitaire (34,38,40,42,45,59,61,69,72,73, 83-86). Qu'elle soit le fruit de la rotation du personnel de soins ou de l'absence de communication intersectorielle entre les équipes de différents services, cette discontinuité amène les personnes désirant obtenir des soins à porter le fardeau de répéter leur historique médical à chaque nouvelle rencontre (34,45,61,73). La brièveté des consultations médicales est également décrite comme une barrière (45,58,71,87,88). Ces obstacles s'ajoutent à la rareté du personnel de soins outillé à pratiquer auprès de la diversité capacitaire en milieu rural (60,64,89) et aux longs délais pour les consulter (56).

« C'était difficile de voir un nouvel obstétricien chaque fois. Je pense que j'ai vu quatre obstétriciens différents et certains étaient plus expérimentés que d'autres. »

*(Référence 34, p. 6, femme vivant avec une maladie chronique, traduction libre)*

## Barrières économiques

Certains services en SSR, comme la psychothérapie postpartum (64) et l'interprétation en langue des signes lors des cours prénataux (72), ne sont pas toujours couverts par les assurances et les systèmes de soins universels, ce qui en limite l'accessibilité (56,62,87,90). De plus, au privé, les soins sont coûteux et ne peuvent être utilisés que par une partie économiquement privilégiée de la population (22,81).

## Barrières intersectionnelles

Les barrières rencontrées dans les services en SSR sont influencées par des injustices qui s'entrecroisent avec la discrimination fondée sur le handicap ou l'orientation sexuelle, dont le racisme. Les personnes racisées lesbo-queer ou issues de la diversité capacitaire sont régulièrement confrontées aux stéréotypes du personnel de soins (18,25,46,52,78,91). Ces préjugés incluent leur hypersexualisation (18) et la présomption de leur inaptitude à comprendre les informations médicales partagées par le personnel de soins (46). D'autres stéréotypes ont trait à l'idée que les femmes noires auraient une plus grande tolérance à la douleur (84) et qu'elles seraient à haut risque de faire un usage abusif de leur médication (74). Des études ne figurant pas dans la sélection pour le présent rapport mentionnent aussi le mythe voulant que les femmes noires exagéreraient leurs douleurs (92). Le racisme du personnel de soins peut conduire à des violences gynécologiques et obstétricales, comme des stérilisations non consenties (52,74). Les études recensées n'ont rapporté aucune donnée concernant les personnes racisées avec un parcours migratoire, mais notons qu'au Québec, ces personnes font face à des barrières supplémentaires si elles n'arrivent pas à obtenir leur carte de la RAMQ.

Chez les communautés lesbo-queer plus spécifiquement, les personnes précaires, âgées, jeunes ou polyamoureuses subissent également de la stigmatisation de la part du personnel de soins en SSR (18,25,46,52,77,80,91). Par exemple, il arrive que des professionnelLES de la fertilité refusent les consultations aux femmes de plus de 30 ans (52). Enfin, le personnel de soins adopte des traitements différenciés lorsque les personnes lesbo-queer s'identifient comme transgenres ou cisgenres (18). En effet, les personnes transgenres lesbo-queer rapportent plus d'incidents stigmatisants que les personnes cisgenres lesbo-queer, notamment quand elles ne correspondent pas aux normes de la féminité ou de la masculinité (18). Ces préjugés discriminatoires diminuent le sentiment de sécurité de cette population et donc la qualité de sa prise en charge (52,80).

## Barrières spécifiques à la diversité capacitaire

Les personnes de la diversité capacitaire rencontrent des barrières précises concernant l'accessibilité des services, qui ne sont pas vécues par les personnes lesbo-queer. Ces barrières concernent l'architecture des lieux, les moyens de communication et les stimuli sensoriels des cliniques et des hôpitaux.

### Barrières architecturales

L'architecture des cliniques en SSR représente une barrière pour les personnes vivant avec des incapacités physiques. Plusieurs équipements médicaux sont inaccessibles, dont les tables d'examen (36,40,56,59-62, 69,88,93-96), les pèse-personnes (36,60,95) et les appareils mammographiques (60). Différentes populations sont affectées par ces obstacles, notamment les personnes de petite taille, pour qui les tables d'examen, les lits d'hôpitaux et les bassinets surélevés sont particulièrement inconfortables (96). Les bâtiments eux-mêmes sont inadaptés, par exemple au niveau des entrées et des couloirs étroits (62,88), des comptoirs d'accueil trop hauts (60,62) et des salles d'examen trop petites (60,88). Ces obstacles architecturaux peuvent empêcher ou compliquer la réalisation de tests d'importance pour la santé sexuelle et reproductive (42,56,59,95).

« Ils ne me transféraient pas pour les examens et me disaient que je devais amener quelqu'un pour m'aider dans le transfert. Comme ils sont ajustables, je pouvais utiliser les brancards pour les échographies, mais pas les tables d'examen. Ils ont donc choisi de ne pas me faire passer plusieurs examens. »

*(Référence 95, p. 1008, femme en situation de handicap physique, traduction libre)*

## Barrières communicationnelles

Des obstacles dans la communication sont rencontrés par les personnes Sourdes, non voyantes et autistes lorsqu'elles accèdent aux services en SSR. Pour les personnes Sourdes, le problème le plus souvent rapporté est l'absence d'interprètes (31,41,56,62,68,71,72,84,86,87,97,98). Pour les personnes non voyantes, il s'agit plutôt du recours aux documents écrits (62,68,86,87,99) et, pour les personnes autistes, du manque de communication détaillée, factuelle et explicite (73,83,100).

L'inaccessibilité communicationnelle peut entraîner une incompréhension quant aux services reçus (57,71,98) et une détérioration de la relation avec le personnel de soins (62).

« La partie la plus difficile du processus, ça a été de trouver un interprète. Certains médecins sont un peu bizarres, du genre : "Comment est-ce qu'on fait pour avoir un interprète? Qu'est-ce que je dois faire?" Il faut que je leur explique comment obtenir un interprète... Parfois, [ils] annulaient des rendez-vous. »

*(Référence 31, p. 6, femme Sourde, traduction libre)*

## Barrières sensorielles

Pour les personnes de la neurodiversité, la surcharge de stimuli d'ordre visuel, comme l'éclairage vif; d'ordre auditif, comme les pleurs de bébés; d'ordre olfactif, comme l'odeur des produits nettoyants; et d'ordre tactile, comme les touchers du personnel de soins, rendent les services en SSR peu accueillants (73,83,101,102). L'absence de chambre individuelle lors de l'accouchement, et à sa suite, aggrave la situation en rendant difficile l'exercice d'un contrôle sur l'environnement sensoriel (83).

« Je n'avais pas de problème avec les contractions et toutes les autres douleurs, mais que quelqu'un me touche pendant que je faisais toutes ces choses dépassait mes limites. »

*(Référence 83, p. 1168, femme neurodiverse, traduction libre)*



## Résultats – Stratégies

Les personnes lesbo-queer et de la diversité capacitaire ont développé tout un arsenal de stratégies afin de contourner les obstacles rencontrés, obtenir les soins ou l'information désirés ou encore se soigner autrement. Telles que détaillées à la Figure 2 (page suivante) les stratégies sont regroupées en quatre catégories qui se placent sur un continuum de désengagement des soins jusqu'à l'engagement actif dans les services SSR: stratégies d'évitement, stratégies d'auto-prise en charge, stratégies d'adaptation et stratégies de rébellion.

### Stratégies d'évitement

Les stratégies d'évitement ont comme objectif de limiter l'engagement dans le système de santé en réponse aux expériences négatives passées. De nombreuses personnes issues de la diversité sexuelle, de genre et capacitaire expriment reporter, diminuer ou même arrêter les suivis médicaux en SSR dans l'optique de se protéger (23,27-29,32,41,43,49, 58,60,61,67,71,75,91,93,94,103). La mauvaise qualité des soins en SSR reçus précédemment et la crainte d'être jugéEs inaptes à la parentalité et de risquer la perte de la garde de son nouveau-né diminuent la confiance des patientEs envers le personnel de soins et dissuadent d'autant plus de consulter à nouveau (27,29,49,67,75,91,106).


« Avec les deux autres [grossesses], je suis allée tout de suite chez le médecin. Ce n'était pas comme ça [cette fois-ci]. C'est presque traumatisant d'aller chez le médecin. »

*(Référence 103, p. 6, femme en situation de handicap physique vivant avec des enjeux de santé mentale, traduction libre)*

**Figure 2 :** Stratégies d'accès aux services en santé sexuelle et reproductive que les personnes lesbo-queer et de la diversité capacitaire utilisent

	<b>Stratégies utilisées</b>	<b>PLQ (n=35)</b>	<b>PDC (n=59)</b>
<b>Stratégies d'évitement</b>	Réduction des demandes d'aide et d'information	0	<b>7</b>
	Report et diminution des rendez-vous	<b>7</b>	5
<b>Stratégies d'auto-prise en charge</b>	Obtention d'information et de soutien hors des systèmes de santé	6	<b>27</b>
	Obtention de soins hors des systèmes de santé	3	<b>5</b>
<b>Stratégies d'adaptation</b>	Éducation des professionnelLES de la santé	5	<b>10</b>
	Sélection de professionnelLES selon leurs pratiques informées et inclusives	7	<b>14</b>
	Prise de contrôle sur l'information divulguée	<b>9</b>	5
	Accompagnement par des alliésEs	0	<b>12</b>
	Mise à profit des mesures d'adaptation	3	<b>5</b>
<b>Stratégies de rébellion</b>	Assertivité à l'égard des professionnelLES de la santé	3	<b>17</b>
	Vigilance à l'égard des professionnelLES de la santé	4	4
	Valorisation de l'expertise expérientielle	1	<b>8</b>

Désengagement



Engagement

[Description de l'image : un tableau qui rapporte le nombre d'études ayant fait part de données pour chaque type de stratégies. Les stratégies sont organisées selon un continuum de désengagement vers engagement, en commençant par les stratégies d'évitement, puis stratégies d'auto-prise en charge, stratégies d'adaptation et stratégies de rébellion. Les données de ce diagramme se retrouvent en détails dans le Tableau 2, en annexe.]

## Stratégies d'auto-prise en charge

Les stratégies d'auto-prise en charge visent à recevoir des services en SSR à l'extérieur des systèmes de santé. Parmi elles se trouve la quête de soutien et d'information auprès d'individus autres que le personnel de soins (35,38,105). Les pairEs et les organismes de ces communautés jouent ici un rôle important, en offrant, principalement en ligne, des savoirs en parentalité et en sexualité adaptés à leurs réalités (32,33,36, 37,42,44,45,53,54,56,57,59,63,65,66,71,73,75,77,80,84,86,96). Bien que les informations trouvées en ligne ne soient pas toujours fiables (75,80), les témoignages d'autres personnes lesbo-queer ou de la diversité capacitaire permettent de briser les sentiments d'isolement et d'illégitimité dans les symptômes vécus et dans les expériences négatives rencontrées lors de la navigation des services de SSR (42,44,65,77). Chez les personnes de la diversité capacitaire, le cercle amical et les partenaires amoureuxEUSES sont décritEs comme d'importantes sources d'informations et de soutien émotionnel (56,57,59,64,73,83,84).

Aux côtés de la quête d'information, les démarches d'auto-prise en charge comprennent le recours à des soins alternatifs, comme la naturopathie (42), et à des soins formels obtenus hors des hôpitaux ou des cliniques, comme dans le cas d'un accouchement à la maison (42,57).

« Je n'avais pas l'impression qu'il y avait beaucoup d'information sur la fertilité et la fibrose kystique. J'ai beaucoup cherché sur Google et demandé à d'autres femmes avec la fibrose kystique ce qu'elles en pensaient. »

*(Référence 32, p. 536, femme vivant avec une maladie chronique, traduction libre)*

## Stratégies d'adaptation

Les stratégies d'adaptation désignent la transformation de certains aspects de soi-même ou de son environnement social ou physique afin d'obtenir les soins et services recherchés. Dans cette optique, certaines personnes lesbo-queer et de la diversité capacitaire choisissent d'éduquer le personnel de soins (24,25,28,37,38,53,54,59,61,67,86,88,93,96), alors que d'autres prennent la décision de faire appel à du personnel de soins déjà sensible ou concerné par les enjeux qu'elles rencontrent (17,23,25,35-37,39,42,46,54,55,59,60,62,72,74,77,90,93,98,103). Les informations éducatives qui sont offertes aux professionnelLEs de la santé ont généralement trait aux besoins d'accessibilité ainsi qu'aux implications de l'identité ou de la condition de santé sur le parcours reproductif (37,38,68,86,88,96). Ces informations sont partagées par le biais de démonstrations visuelles, de consultations additionnelles et de documents didactiques (93,96,110).

« Parfois, c'est vous qui leur apprenez [au personnel de soins]. Parce que vous avez un handicap et que vous savez qu'ils ne voient pas ça aussi souvent que ce qui est considéré comme normal chez les personnes sans handicap, vous les éduquez. »

*(Référence 93, p. 248, femme en situation de handicap physique, traduction libre)*

De nombreuses personnes exercent également un contrôle sur les informations qu'elles révèlent au personnel de soins, en partageant ou en cachant sélectivement leurs incapacités ou leur identité lesbo-queer (18,20,21,28,46,52,53,73,83,86,91,103,104). Chez les personnes lesbo-queer, la divulgation peut être influencée par un désir d'obtenir des soins adaptés à leur réalité et la dissimulation, par une volonté de préserver leur sécurité en recevant des services sans préjudice (18,20,21,28,46,52,53,77,91). Il s'agit bien souvent d'une décision prise au cas par cas selon une logique de calcul coûts-bénéfices (21,53,77).

Toutefois, il est important de préciser qu'il existe des inégalités en matière de divulgation. Ce processus est influencé par les ressources financières des personnes, les dynamiques de pouvoir en jeu et le privilège de « *passing*<sup>7</sup> » qui permet à certains individus de se présenter au personnel de soins en conformité avec les normes cishétérosexuelles et de corps sans incapacité (21,53,77).

« Je pense que [les intervenantEs] se disent simplement "c'est probablement une femme hétérosexuelle". Ce n'est donc pas une conversation que je prévois engager avec les médecins. »

(Référence 77, p.481, femme queer, traduction libre).

D'autres stratégies d'adaptation incluent l'accompagnement par des proches à des rendez-vous (28,38,54,57,75,80,84) et la mise à profit des mesures adaptatives disponibles pour les personnes de la diversité capacitaire, comme les tabourets (36,71,96,101).

---

<sup>7</sup> « Le fait d'être reconnuE et identifiéE comme appartenant à un genre social, une classe sociale, une race sociale, etc., par la société, les individus, et/ou soi-même. [...]. On peut voir le *passing* comme un état spécifique d'une personne trans qui lui permet, dans un environnement culturel et social donné, d'être genrée et identifiée selon ses préférences. Il s'agit plutôt d'un statut spécifique que l'on possède selon certains contextes et qui constitue un privilège accordé par défaut aux personnes cis. Les personnes trans peuvent se voir retirer ce privilège à tout moment, notamment dès l'instant où elles se retrouvent dans un contexte où elles ne passent pas ou qu'elles sont *outées* (leur transidentité est rendue publique) » (<https://wikitrans.co/2019/08/04/introduction-au-passing/>)

## Stratégies de rébellion

Les stratégies de rébellion sont utilisées lorsque les personnes concernées s'opposent directement ou indirectement aux obstacles qu'elles rencontrent dans les services en SSR. À l'exception de quelques mentions (24,28,52), la littérature sur les communautés lesbo-queer ne fait pas état du recours à de tels moyens. Pour les personnes de la diversité capacitaire, il peut s'agir de faire preuve d'assertivité en insistant sur leurs questions, en refusant qu'on ignore leurs requêtes, en choisissant de ne pas suivre les recommandations du personnel de soins ou en déposant une plainte à l'interne (34-36,61,67,68,70,72,74,93,98,102). D'autres personnes se montrent vigilantes à l'égard du personnel de soins, par exemple en s'assurant de communiquer aux anesthésistes leur volonté de rester éveillées lors d'un accouchement par césarienne (38,66,74,105). Cette méfiance marque un refus de déléguer le plein contrôle au personnel soignant. Aux côtés de ces stratégies, plusieurs font valoir aux professionnelLEs de la santé qu'elles sont expertes de leur corps, de leur handicap, de leur reproduction et de leur sexualité (33-35,38,56,70,71, 103). Ces différents gestes mènent souvent à un ajustement des soins (34,59,72,93). Cependant, ils peuvent aussi se solder par un renforcement de la stigmatisation de leurs auteurEs lorsqu'ils sont lus par le personnel soignant comme une forme de dysfonctionnement liée au handicap (102).

« Je m'assure que si j'ai besoin d'un interprète, je le fais savoir. C'est de cette manière que je peux obtenir des interprètes. S'ils n'en fournissent pas, alors c'est une violation de mes droits humains et j'agirai en conséquence. »

*(Référence 72, p. 243, femme Sourde, traduction libre)*

# Synthèse

## Enjeux communs

Lorsqu'il est question des barrières d'accès aux services en SSR, les expériences des personnes lesbo-queer et des personnes de la diversité capacitaire convergent à bien des égards. Trois similitudes sont notées : (1) le va-et-vient entre la divulgation et la dissimulation identitaire, (2) le manque de connaissances et de compétences du personnel de soins et (3) la présomption d'inaptitude parentale.

La littérature met d'abord en lumière le calcul coûts-bénéfices qui guide les deux groupes dans leur choix de dévoiler ou de cacher leur identité au personnel de soins. C'est un calcul qui est fait en fonction du désir d'obtenir des soins de qualité et de limiter les traitements discriminatoires (18,20,21,28,46,52,53,77,91). Le fait de se présenter en conformité avec les normes sociales de genre et de capacités n'est toutefois pas une possibilité offerte à tousTES, comme dans le cas des personnes vivant avec des incapacités apparentes ou des personnes qui n'ont pas de privilège de « passing » (21,53,77).

Il se dégage aussi des études l'existence d'un manque de connaissances chez le personnel de soins qui concerne tant la diversité capacitaire que les communautés lesbo-queer. Ces lacunes ont trait à des thématiques diverses, allant de la santé sexuelle lesbo-queer à l'impact du handicap sur la fertilité, la grossesse et le fonctionnement sexuel (15,34-41).

Autre ressemblance notable, les aptitudes parentales des personnes de la diversité capacitaire et des personnes lesbo-queer sont mises en doute par le personnel de soins. Alors que les premières sont présumées ne pas détenir l'autonomie et le discernement nécessaires pour prendre soin d'un nouveau-né (36,38,39,64-68,70-72), les secondes voient la validité de leur famille remise en cause par des questions quant à la présence du supposé père ou à l'identité de la « vraie » mère de l'enfant (24,52,53).

## Enjeux distincts

Malgré ces entrecroisements, les expériences des personnes de la diversité capacitaire et des personnes lesbo-queer demeurent uniques. Trois grands domaines de différence se distinguent : (1) les types de comportements préjudiciables, (2) les perceptions de la sexualité et (3) l'état de la littérature scientifique.

D'abord, les études montrent que le personnel de soins limite l'accès à la parentalité chez les personnes de la diversité capacitaire par des mesures actives, alors qu'il l'invisibilise chez les personnes lesbo-queer par une omission passive. Les comportements qui en découlent sont ainsi légèrement distincts. Pour les premières, il est question de pression à l'avortement ou à l'adoption (33,39,66,69), de signalements infondés aux services de protection de l'enfance (64,66-68,73) et de stérilisations non consenties (74). Pour les secondes, il s'agit plus souvent d'une absence d'information généralisée sur la parentalité lesbo-queer et de présomptions cishétéronormatives au sein des services en SSR (15,16, 18-20,22-29,46,50-54,75,76,80,91).

Ensuite, les perceptions du personnel de soins à l'égard de la sexualité diffèrent également. Alors que selon les études incluses dans cette recension, le personnel de soin tend à déssexualiser les personnes de la diversité capacitaire en présumant leur absence de désirs ou de partenaires (32,33,36,38,56-63,85), il est à l'inverse enclin à hypersexualiser les personnes lesbo-queer en imaginant qu'elles adoptent des comportements à risque (20,49,53). Le préjugé voulant que les membres de la diversité capacitaire présentent une sexualité débridée ou démesurée n'a pas été relevé dans cette recension, mais ces biais hypersexualisants sont documentés dans d'autres travaux (107,108).

Enfin, une différence au niveau de la recherche elle-même se dégage aussi des écrits. Les études sur la diversité capacitaire sont morcelées en différents regroupements, chacun dédié à une identité capacitaire spécifique, comme la sourditude (84,98), l'autisme (100,102) et la non-voyance (66,109). Au contraire, malgré le fait que les expériences des

personnes lesbo-queer s'avèrent tout aussi diversifiées, les études à leur propos s'inscrivent au sein d'un seul corpus relativement cohérent (15,17,30,51,52,75).

Ces comparaisons permettent de comprendre que, à la croisée du général et du spécifique, les obstacles à l'accès aux services en SSR touchent parfois les deux groupes de manière similaire et, dans d'autres cas, prennent de formes uniques à chacun.

## Conclusion

Lorsqu'elles franchissent le seuil des cliniques et des hôpitaux en quête de soins liés à leur sexualité ou à leur reproduction, les personnes issues des communautés lesbo-queer et de la diversité capacitaire font face à une multitude d'embûches. Loin d'être universel, l'accès aux services se révèle être contraint par les préconceptions du personnel de soins, les comportements préjudiciables qui en découlent, les fonctionnements institutionnels excluants et l'architecture même des lieux, entre autres aspects. Ces injustices ne sont toutefois pas vécues passivement par les personnes qui les subissent. À travers différents mécanismes, celles-ci répondent activement afin d'obtenir les soins désirés et de limiter les impacts négatifs des barrières rencontrées. Les personnes lesbo-queer et de la diversité capacitaire apparaissent ainsi être agentes de changement, travaillant à forger des services réellement accessibles pour tousTEs et chacunE.



# Annexes

**Tableau 1 :** Études associées à chaque barrière à l'accès aux services en santé sexuelle et reproductive auxquelles les personnes lesbo-queer et de la diversité capacitaire font face

Thème	Nbr d'études	Personnes lesbo-queer	Personnes de la diversité capacitaire
Manque de connaissances médicales	LQ = 16/35 DC = 37/59	(15-30,46-48,51-53,76,77,80)	(31-45,58-63,66,69,72,73,83,86,88,89,93,96,100,104-106,109,110)
Attitudes et comportements préjudiciables	LQ = 23/35 DC = 49/59	(15-20,23-25,27-30,46,47,49-55,75,76,79,80,91)	(31-41,41,43,45,56-71,73,74,83-87,89,90,93-95,102,103,105,106,109-111)
Barrières systémiques	LQ = 29/35 DC = 26/59	(15-17,20,23-25,27-30,46,49,51,53-55,75,76,78-82,112)	(34,35,38,40,41,44,45,56,58-62,64,69,71-73,83-88,90,101,104)
Barrières économiques	LQ = 7/35 DC = 6/59	(22,28,53,77,78,81,82)	(56,62,64,72,87,90)
Barrières intersectionnelles	LQ = 8/35 DC = 6/59	(18,25,46,52,77,78,80,91)	(58,72,74,84,90,93)
Barrières architecturales	LQ = 0/35 DC = 23/59		(36,37,40-43,56,59-62,64,68,69,72,87,88,93-96,103,109)
Barrières communicationnelles	LQ = 0/35 DC = 21/59		(31,41,56-58,62,68,71-73,83,84,86,87,97-100,102,103,109)
Barrières sensorielles	LQ = 0/35 DC = 5/59		(73,83,100-102)

*Légende: LQ : nombre d'études pour personnes lesbo-queer dans l'échantillon total qui concernent le thème. DC : nombre d'études pour personnes de la diversité capacitaire dans l'échantillon total qui concerne le thème. Les chiffres entre parenthèses dans les deux dernières colonnes sont les chiffres des références associées aux études concernées par le thème. La référence complète se trouve dans la bibliographie, à la fin de ce rapport.*

**Tableau 2 :** Études associées à chaque stratégie d'accès aux services en santé sexuelle et reproductive que les personnes lesbo-queer et de la diversité capacitaire utilisent

Thème	Nbre d'études	Personnes lesbo-queer	Personnes de la diversité capacitaire
<b>Stratégies d'évitement</b>			
Réduction des demandes d'aide et d'information	LQ = 0/35 DC = 7/59		(32,41,58,61,67,71,106)
Report et diminution des rendez-vous	LQ = 7/35 DC = 5/59	(23,27-29,49,75,91)	(43,60,93,94,103)
<b>Stratégies d'auto-prise en charge</b>			
Obtention d'information et de soutien hors des systèmes de santé	LQ = 6/35 DC = 27/59	(28,53,54,75,77,80)	(32,33,35-38,42,44,45,56-59, 63-66,71,73,83,84,86,96,97, 104,105,110)
Obtention de soins hors des systèmes de santé	LQ = 3/35 DC = 5/59	(22,77,81)	(42,57,59,73,95)

## Stratégies d'adaptation

Éducation des professionnelLes de la santé	LQ = 5/35 DC = 10/59	(24,25,28,53,54)	(37,44,59,61,67,86,88,93,96,110)
Sélection de professionnelLes selon leurs pratiques informées et inclusives	LQ = 7/35 DC = 14/59	(17,23,25,46,54,55,77)	(35-37,39,42,59,60,62,72,74,90,93,98,103)
Prise de contrôle sur l'information divulguée	LQ = 9/35 DC = 5/59	(18,20,21,28,46,52,53,77,91)	(73,83,86,103,104)
Accompagnement par des alliés	LQ = 0/35 DC = 12/59		(57,60,72,73,84,93-95,97,98,100,110)
Mise à profit des mesures d'adaptation	LQ = 3/35 DC = 5/59	(16,54,55)	(36,64,71,96,101)

## Stratégies de rébellion

Assertivité à l'égard des professionnelLes de la santé	LQ = 3/35 DC = 17/59	(24,28,52)	(33-36,59,61,67,68,70,72,74,90,93,98,100,102,111)
Vigilance à l'égard des professionnelLes de la santé	LQ = 4/35 DC = 4/59	(24,51,55,75)	(66,74,105,110)
Valorisation de l'expertise expérientielle	LQ = 1/35 DC = 8/59	(24)	(34,35,38,56,70,71,103)

*Légende: LQ : nombre d'études pour personnes lesbo-queer dans l'échantillon total qui concernent le thème. DS : nombre d'études pour personnes de la diversité capacitaire dans l'échantillon total qui concerne le thème. Les chiffres entre parenthèses dans les deux dernières colonnes sont les chiffres des références associées aux études concernées par le thème. La référence complète se trouve dans la bibliographie, à la fin de ce rapport.*



# Bibliographie

1. Yee J, Apale AN, Deleary M, Wilson D, de la Ronde S, Lalonde AB, et al. Santé, droits, réalités et accès aux services en matière de sexualité et de reproduction chez les Premières Nations, les Inuits et les Métis au Canada. *J Obstet Gynaecol Can.* 2011;33(6):638-42.
2. Jubinville D, Smylie J, Wolfe S, Bourgeois C, Berry NS, Rotondi M, et al. Relationships to land as a determinant of wellness for Indigenous women, two-spirit, trans, and gender diverse people of reproductive age in Toronto, Canada. *Can J Public Health.* 2024;115(S2):253-62.
3. Miranda DA. Extermination of the joyas: Gendercide in Spanish California. *GLQ J Lesbian Gay Stud.* 2010;16(1-2):253-84.
4. Basile S, Bouchard P. Consentement libre et éclairé et stérilisations imposées de femmes des Premières Nations et Inuit au Québec [Rapport de recherche] [Internet]. Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador 2022. Disponible à : <https://files.cssspnql.com/s/oPVHFaKIp8uw5oF>
5. Metallic NW. A Human Right to Self-Government over First Nations Child and Family Services and Beyond: Implications of the Caring Society Case. *J Law Soc Policy.* 2018;28(1-2):4-41.
6. Ottawa EW. Wactenamakanicic e opikihakaniwitc. L'adoption coutumière chez les Atikamekw Nehirowisiwok de Manawan. Presses de l'Université Laval; 2023.
7. Basile S, Comat I, Corneillier F. Accès aux services de sages-femmes pour les communautés autochtones au Québec [Rapport de recherche]. Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue; 2023.
8. Koperqualuk LQ. Pirrusituqatsajamitigut piqujaqarusungit Nunavimmiut / Les traditions liées au droit coutumier au Nunavik. Publications Nunavik; 2015.

9. Laing M. *Urban Indigenous Youth Reframing Two-spirit*. Routledge; 2021.
10. Sylliboy JR. Using L'nuwey Worldview to Conceptualize Two-spirit. *Antistatsis*. 2019;9(1):96-116.
11. DisAbled Women's Network of Canada/Réseau d'action des femmes handicapées du Canada. *Filles sans barrières. Analyse intersectionnelle sur les filles et jeunes femmes en situation de handicap au Canada* [Internet]. DAWN/RAFH; 2020 [cité 8 août 2024]. Disponible à: [https://www.dawncanada.net/media/uploads/page\\_data/page-64/filles\\_sans\\_barrieres.pdf](https://www.dawncanada.net/media/uploads/page_data/page-64/filles_sans_barrieres.pdf)
12. Baril A. Sexe et genre sous le bistouri (analytique) : interprétations féministes des transidentités. *Rech Féministes*. 2015;28(2):121-41.
13. Borrillo D, Mérary C. L'homophobie [Internet]. Presses Universitaires de France; 2019 [cité 8 août 2024]. (Que sais-je ?). Disponible à: <https://cairn.info/l-homophobie-2019--9782130817062.htm>
14. Fidolini V. L'hétéronormativité. Dans: *Manuel indocile de sciences sociales*. La Découverte; 2019. p. 798-804.
15. Abdessamad HM, Yudin MH, Tarasoff LA, Radford KD, Ross LE. Attitudes and Knowledge Among Obstetrician-Gynecologists Regarding Lesbian Patients and Their Health. *J Women's Health*. 2013;22(1):85-93.
16. 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):1444-50.
17. Curmi C, Peters K, Salamonson Y. Barriers to cervical cancer screening experienced by lesbian women: A qualitative study. *J Clin Nurs*. 2016;25(23-24):3643-51.

18. Gessner MK, Bishop MD, Martos A, Wilson BDM, Russell ST. Sexual Minority People's Perspectives of Sexual Health Care: Understanding Minority Stress in Sexual Health Settings. *Sex Res Soc Policy*. 2020;17(4):607-18.
19. Giles C. Le suivi gynécologique des femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes - déterminants, enjeux, perspectives. *Rev Sage - Femme*. 2019;18(3):145-9.
20. Grant R, Nash M, Hansen E. What does inclusive sexual and reproductive healthcare look like for bisexual, pansexual and queer women? Findings from an exploratory study from Tasmania, Australia. *Cult Health Sex*. 2020;22(3):247-60.
21. Greene MZ, Carpenter E, Hendrick CE, Haider S, Everett BG, Higgins JA. Sexual minority women's experiences with sexual identity disclosure in contraceptive care. *Obstet Gynecol*. 2019;133(5):1012-23.
22. Gregory KB, Mielke JG, Neiterman E. Building Families Through Healthcare: Experiences of Lesbians Using Reproductive Services. *J Patient Exp*. 2022;9:1-6.
23. Hoskin RA, Blair KL, Jenson KE. Dignity versus diagnosis: sexual orientation and gender identity differences in reports of one's greatest concern about receiving a sexual health exam. *Psychol Sex*. 2016;7(4):279-93.
24. Hudak N. "Who's the Mom?": Heterosexism in Patient-Provider Interactions of Queer Pregnant Couples. *Health Commun*. 2023;38(1):114-23.
25. 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):417-26.
26. Knight RE, Shoveller JA, Carson AM, Contreras-Whitney JG. Examining clinicians' experiences providing sexual health services for LGBTQ youth: Considering social and structural determinants of health in clinical practice. *Health Educ Res*. 2014;29(4):662-70.

27. De Oliveira JM, Almeida MJ, Nogueira C. Exploring medical personnel's discourses on the sexual health of lesbian and bisexual women in greater Lisbon, Portugal. *Rev Colomb Psicol.* 2014;23(2):297-309.
28. Thomas C, Dwyer A, Batchelor J, Van Niekerk L. A qualitative exploration of gynaecological healthcare experiences of lesbian, gay, bisexual, transgender, queer people assigned female at birth. *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* 2023;64(1):55-62.
29. Wingo E, Ingraham N, Roberts SCM. Reproductive Health Care Priorities and Barriers to Effective Care for LGBTQ People Assigned Female at Birth: A Qualitative Study. *Womens Health Issues.* 2018;28(4):350-7.
30. Dahl B, Malterud K. Neither father nor biological mother. A qualitative study about lesbian co-mothers' maternity care experiences. *Sex Reprod Healthc.* 2015;6(3):169-73.
31. Horner-Johnson W, Klein KA, Campbell J, Guise JM. "It would have been nice to have a choice": Barriers to contraceptive decision-making among women with disabilities. *Womens Health Issues.* 2022;32(3):261-7.
32. Ladores S, Campbell CM, Bray LA, Li P, Brown J, Woods B, et al. Fertility preservation in women with cystic fibrosis pre-lung transplantation: A mixed methods study. *J Adv Nurs.* 2022;78(2):532-40.
33. van Buuren AL, O'rinn SE, Lipworth H, Church P, Berndt A. Reproductive health and pregnancy experiences of women with spina bifida: A qualitative study. *J Pediatr Rehabil Med.* 2021;14(4):643-54.
34. Collins B, Hall J, Hundley V, Ireland J. Effective communication: Core to promoting respectful maternity care for disabled women. *Midwifery.* 2023;116.
35. Mercerat C, Saias T. Parents with physical disabilities and perinatal services: Defining parents' needs and their access to services. *Disabil Soc.* 2021;36(8):1261-84.

36. Mitra M, Long-Bellil LM, Iezzoni LI, Smeltzer SC, Smith LD. Pregnancy among women with physical disabilities: Unmet needs and recommendations on navigating pregnancy. *Disabil Health J*. 2016;9(3):457-63.
37. Payne DA, Guerin B, Roy D, Giddings L, Farquhar C, McPherson K. Taking It Into Account: Caring for Disabled Mothers During Pregnancy and Birth. *Int J Childbirth*. 2014;4(4):228-39.
38. Smeltzer SC, Mitra M, Iezzoni LI, Long-Bellil L, Smith LD. Perinatal Experiences of Women With Physical Disabilities and Their Recommendations for Clinicians. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs JOGNN*. 2016;45(6):781-9.
39. Streur CS, Schafer CL, Garcia VP, Quint EH, Sandberg DE, Kalpakjian CZ, et al. "He told me it would be extremely selfish of me to even consider [having kids]": The importance of reproductive health to women with spina bifida and the lack of support from their providers. *Disabil Health J*. 2020;13(2):1-14.
40. Tarasoff LA. "We don't know. We've never had anybody like you before": Barriers to perinatal care for women with physical disabilities. *Disabil Health J*. 2017;10(3):426-33.
41. Tarasoff LA, Lunskey Y, Welsh K, Proulx L, Havercamp SM, Parish SL, et al. Unmet needs, limited access: A qualitative study of postpartum health care experiences of people with disabilities. *J Adv Nurs*. 2023;79(9):3324-36.
42. Bertschy S, Geyh S, Pannek J, Meyer T. Perceived needs and experiences with healthcare services of women with spinal cord injury during pregnancy and childbirth - a qualitative content analysis of focus groups and individual interviews. *BMC Health Serv Res*. 2015;15:1-12.
43. Shah S, Bradbury-Jones C, Taylor J. Using Facebook to tell stories of premature ageing and sexual and reproductive healthcare across the life course for women with cerebral palsy in the UK and USA. *BMJ Open*. 2020;10(2):1-7.

44. Ackerman IN, Jordan JE, Van Doornum S, Ricardo M, Briggs AM. Understanding the information needs of women with rheumatoid arthritis concerning pregnancy, post-natal care and early parenting: A mixed-methods study. *BMC Musculoskelet Disord*. 2015;16(1):1-10.
45. Fragkoudi A, Rumbold AR, Luke E. Grzeskowiak. Family planning and multiple sclerosis: A qualitative study of patient experiences to understand information needs and promote informed decision-making. *Patient Educ Couns*. 2023;110:1-8.
46. Agénor M, Bailey Z, Krieger N, Austin SB, Gottlieb BR. Exploring the Cervical Cancer Screening Experiences of Black Lesbian, Bisexual, and Queer Women: The Role of Patient-Provider Communication. *Women Health*. 2015;55(6):717-36.
47. Bayen S, Ottavioli P, Martin MJ, Cottencin O, Bayen M, Messaadi N. How Doctors' Beliefs Influence Gynecological Health Care for Women Who Have Sex with Other Women. *J Womens Health*. 2020;29(3):406-11.
48. Stott DB. The training needs of general practitioners in the exploration of sexual health matters and providing sexual healthcare to lesbian, gay and bisexual patients. *Med Teach*. 2013;35(9):752-9.
49. Grant R, Nash M. Young bisexual women's sexual health care experiences in Australian rural general practice. *Aust J Rural Health*. 2019;27(3):224-8.
50. Higgins JA, Carpenter E, Everett BG, Greene MZ, Haider S, Emily Hendrick C. Sexual minority women and contraceptive use: Complex pathways between sexual orientation and health outcomes. *Am J Public Health*. 2019;109(12):1680-6.
51. Cherguit J, Burns J, Pettle S, Tasker F. Lesbian co-mothers' experiences of maternity healthcare services. *J Adv Nurs*. 2013;69(6):1269-78.
52. Dyer RL, Greene MZ. Identity and pregnancy in conflict?: an examination of sexual minority women using qualitative description. *Cult Health Sex*. 2023;25(9):1131-46.

53. Munson S, Cook C. Lesbian and bisexual women's sexual healthcare experiences. *J Clin Nurs*. 2016;25(23-24):3497-510.
54. Hayman B, Wilkes L, Halcomb EJ, Jackson D. Marginalised mothers: Lesbian women negotiating heteronormative healthcare services. *Contemp Nurse*. 2013;44(1):120-7.
55. Topper PS, Bauermeister JA. Queer couples trying to conceive: Sexual minority women couples' experiences with assisted reproduction. *Sex Res Soc Policy J NSRC*. 2022;19:956-74.
56. Alhusen JL, Bloom T, Laughon K, Behan L, Hughes RB. Perceptions of barriers to effective family planning services among women with disabilities. *Disabil Health J*. 2021;14(3):1-7.
57. Colaceci S, Apuzzo L, Solfizi M, Trivelli G, Di Tora S, Dellafiore F, et al. "They put the baby on me; the life I felt growing inside me was finally taking shape". Lived experiences of women with vision impairments during pregnancy and motherhood: A phenomenological qualitative study. *Midwifery*. 2023;116:1-8.
58. Fourie S, Norton C, Jackson D, Czuber-Dochan W. 'These Discussions Aren't Happening': Experiences of People Living with Inflammatory Bowel Disease and Talking About Sexual Well-being with Health Care Professionals. *J Crohns Colitis*. 2021;15(10):1641-8.
59. Gray SH, Byrne R, Christensen S, Williams D, Wylie M, Fowler E, et al. Women with cerebral palsy: A qualitative study about their experiences with sexual and reproductive health education and services. *J Pediatr Rehabil Med*. 2021;14(2):285-93.
60. Holt L, Carney MH, Duncanson L, Hazen C, Kumar A, McKeon BA, et al. Perceived Barriers to Gynecologic Care by Women Who Use Wheelchairs. *Cureus*. 2021;13(6):1-9.
61. Kalpakjian CZ, Kreschmer JM, Slavin MD, Kisala PA, Quint EH, Chiaravalloti ND, et al. Reproductive Health in Women with Physical Disability: A Conceptual Framework for the Development of New Patient-Reported Outcome Measures. *J Women's Health*. 2020;29(11):1427-36.

62. Wołowicz A, Kocejko M, Ferenc K. Women with disabilities and access to gynaecological services in Poland. *Disabil Soc.* 2022;37(3):386-405.
63. Zamboni BD. An Exploration of Sexual Health Education Among Individuals with Skeletal Dysplasia (Dwarfism). *Am J Sex Educ.* 2018;13(2):217-31.
64. Becker H, Andrews E, Walker LO, Phillips CS. Health and Well-Being among Women with Physical Disabilities After Childbirth: An Exploratory Study. *Women's Health Issues.* 2021;31(2):140-7.
65. Chew C, Rebić N, Baldwin C, Amiri N, Proulx L, De Vera MA. "r/Thritis", Pregnancy, and Parenting: A Qualitative Descriptive Study of Reddit Forums to Explore Information Needs and Concerns of Women With Rheumatoid Arthritis. *ACR Open Rheumatol.* 2019;1(8):485-92.
66. Frederick A. Between stigma and mother-blame: blind mothers' experiences in USA hospital postnatal care. *Sociol Health Illn.* 2015;37(8):1127-41.
67. Frederick A. Risky Mothers and the Normalcy Project: Women with Disabilities Negotiate Scientific Motherhood. *Gend Soc.* 2017;31(1):74-95.
68. Frederick A. Visibility, respectability, and disengagement: The everyday resistance of mothers with disabilities. *Soc Sci Med.* 2017;181:131-8.
69. Guerin BM, Payne DA, Roy DE, McPherson KM. "It's just so bloody hard": Recommendations for improving health interventions and maternity support services for disabled women. *Disabil Rehabil Int Multidiscip J.* 2017;39(23):2395-403.
70. Roadhouse C, Shuman C, Anstey K, Sappleton K, Chitayat D, Ignagni E. Disability experiences and perspectives regarding reproductive decisions, parenting, and the utility of genetic services: A qualitative study. *J Genet Couns.* 2018;27(6):1360-73.

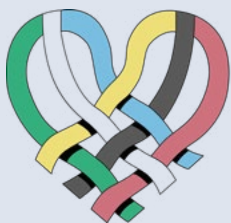
71. Schildberger B, Zenzmaier C, König-Bachmann M. Experiences of Austrian mothers with mobility or sensory impairments during pregnancy, childbirth and the puerperium: a qualitative study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2017;17:1-11.
72. Tarasoff LA, Saeed G, Lunsky Y, Welsh K, Proulx L, Haverkamp SM, et al. Prenatal Care Experiences of Childbearing People With Disabilities in Ontario, Canada. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs JOGNN*. 2023;52(3):235-47.
73. Hampton S, Allison C, Baron-Cohen S, Holt R. Autistic people's perinatal experiences II: A survey of childbirth and postnatal experiences. *J Autism Dev Disord*. 2023;53(7):2749-63.
74. Ross PT. Reproductive Injustices Among Women With Sickle Cell Disease. *Women's Reprod Health*. 2015;2(2):75-92.
75. Eiduson R, Murchison GR, Agénor M, Suarez L, Gordon AR. Sexual healthcare experiences of nonbinary young adults. *Cult Health Sex*. 2022;24(10):1319-35.
76. Mehta PK, Easter SR, Potter J, Castleberry N, Schulkin J, Robinson JN. Lesbian, gay, bisexual, and transgender health: Obstetrician-gynecologists' training, attitudes, knowledge, and practice. *J Women's Health*. 2018;27(12):1459-65.
77. Carpenter E. "The health system just wasn't built for us": Queer cisgender women and gender expansive individuals' strategies for navigating reproductive health care. *Women's Health Issues*. 2021;31(5):478-84.
78. Carpenter E, Niesen R. "It's just constantly having to make a ton of decisions that other people take for granted": Pregnancy and parenting desires for queer cisgender women and non-binary individuals assigned female at birth. *J GLBT Fam Stud*. 2021;17(2):87-101.
79. Corbett SL, Frecker HM, Shapiro HM, Yudin MH. Access to fertility services for lesbian women in Canada. *Fertil Steril*. 2013;100(4):1077-80.

80. Marshall K, Martin W, Walker RL, Vandenberg H. Exploring the Impacts of Heteronormative and Cisnormative Ideologies on Fertility Intentions and Family Planning Experiences Within the 2SLGBTQ Community: A Qualitative Case Study. *J Holist Nurs.* 2024;42(2):156-67.
81. Richburg CE, Levin NJ, Moravek MB. Laboring to Conceive: Reducing Barriers to Fertility Care for Same-Sex Mothers Pursuing Parenthood. *Women Basel Switz.* 2022;2(1):44-55.
82. Schmitz RM, Robinson BA, Tabler J. Navigating risk discourses: Sexual and reproductive health and care among LBQ+ Latina young adults. *Sex Res Soc Policy J NSRC.* 2020;17(1):61-74.
83. Hampton S, Allison C, Baron-Cohen S, Holt R. Autistic people's perinatal experiences I: A survey of pregnancy experiences. *J Autism Dev Disord.* 2024;54:211-23.
84. Helm KVT, Panko TL, Herschel M, Smith LD, Mitra M, McKee MM. Maternal Health Experiences of Black Deaf and Hard of Hearing Women in the United States. *Women's Health Issues.* 2023;33(6):610-7.
85. Kirkpatrick L, Harrison E, Borrero S, Davis AR, Miller E, Sogawa Y, et al. Preferences and experiences of women with epilepsy regarding sexual and reproductive healthcare provision. *Epilepsy Behav EB.* 2022;129:1-7.
86. Saeed G, Brown HK, Lunskey Y, Welsh K, Proulx L, Havercamp S, et al. Barriers to and facilitators of effective communication in perinatal care: a qualitative study of the experiences of birthing people with sensory, intellectual, and/or developmental disabilities. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2022;22(1):1-13.
87. Horner-Johnson W, Klein KA, Campbell J, Guise JM. Experiences of women with disabilities in accessing and receiving contraceptive care. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs Clin Scholarsh Care Women Childbear Fam Newborns.* 2021;50(6):732-41.

88. Sonalkar S, Chavez V, McClusky J, Hunter TA, Mollen CJ. Gynecologic Care for Women With Physical Disabilities: A Qualitative Study of Patients and Providers. *Women's Health Issues*. 2020;30(2):136-41.
89. Byatt N, Cox L, Moore Simas TA, Kini N, Biebel K, Sankaran P, et al. How obstetric settings can help address gaps in psychiatric care for pregnant and postpartum women with bipolar disorder. *Arch Women's Ment Health*. 2018;21(5):543-51.
90. Young K, Fisher J, Kirkman M. Endometriosis and fertility: women's accounts of healthcare. *Hum Reprod*. 2016;31(3):554-62.
91. Gray A, Fisher CB. An examination of the independent and intersectional effects of racial and heterosexist medical mistrust on timing of sexual/reproductive health care visits among Black sexual minority women in the USA. *Cult Health Sex*. 2024;26(9):1167-84.
92. Dergham M, Charles R. Le « syndrome méditerranéen » : une stigmatisation par catégorisation des conduites de maladies. *Médecine*. 2020;16(10):460-4.
93. Dillaway H, Lysack C. Encounters with inaccessibility: The contexts women with spinal cord injury face when seeking gynecological health care. *Res Soc Sci Disabil*. 2014;8:231-57.
94. Dillaway H, Lysack C. 'My Doctor Told Me I Can Still Have Children But ...': Contradictions in Women's Reproductive Health Experiences after Spinal Cord Injury. Dans: Nash M, éditeur. *Reframing Reproduction: Conceiving Gendered Experiences*. Springer; 2014. p. 135-49.
95. Iezzoni LI, Wint AJ, Smeltzer SC, Ecker JL. Physical accessibility of routine prenatal care for women with mobility disability. *J Women's Health*. 2015;24(12):1006-12.
96. Nthenge S, Smith L, Ho S, Mitra M. Experiences of women of short stature during the perinatal period. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs Clin Scholarsh Care Women Childbear Fam Newborns*. 2022;51(4):418-27.

97. Jacobs K, Minakawa A, Rao SR, Kushalnagar P. A Mixed Methods Study of Hysterectomy in a U.S. Sample of Deaf Women Who Use American Sign Language. *Women's Health Rep.* 2021;2(1):566-75.
98. Panko TL, Cuculick J, Albert S, Smith LD, Cooley MM, Herschel M, et al. Experiences of pregnancy and perinatal healthcare access of women who are deaf: a qualitative study. *BJOG Int J Obstet Gynaecol.* 2023;130(5):514-21.
99. Mooney D, Bandukda M, Patel D. Design Recommendations for an Inclusive Online Sexual Health Clinic for Blind and Partially Sighted People. Dans: Azenkot S, editor. *Proceedings of the 25th International ACM SIGACCESS Conference on Computers and Accessibility Association for Computing Machinery; 2023 p.66.*
100. Donovan J. Childbirth Experiences of Women With Autism Spectrum Disorder in an Acute Care Setting. *Nurs Womens Health.* 2020;24(3):165-74.
101. Donovan J, Chiatti BD, McKeever A, Bloch JR, Gonzales MS, Birati Y. "Yes, I can bond." Reflections of autistic women's mothering experiences in the early postpartum period. *Womens Health Lond Engl.* 2023;19:1-13.
102. Rogers C, Lepherd L, Ganguly R, Jacob-Rogers S. Perinatal issues for women with high functioning autism spectrum disorder. *Women Birth J Aust Coll Midwives.* 2017;30(2):89-95.
103. Bradbury-Jones C, Breckenridge JP, Devaney J, Kroll T, Lazenbatt A, Taylor J. Disabled women's experiences of accessing and utilising maternity services when they are affected by domestic abuse: a critical incident technique study. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2015;15:181.
104. Chamberlain C, Williamson GR, Knight B, Daly M, Halpin DMG. Investigating women's experiences of asthma care in pregnancy: A qualitative study. *Open Nurs J.* 2014;8(1):56-63.

105. Long-Bellil L, Mitra M, Iezzoni LI, Smeltzer SC, Smith LD. Experiences and unmet needs of women with physical disabilities for pain relief during labor and delivery. *Disabil Health J.* 2017;10(3):440-4.
106. Byatt N, Cox L, Moore Simas TA, Biebel K, Sankaran P, Swartz HA, et al. Access to pharmacotherapy amongst women with bipolar disorder during pregnancy: A preliminary study. *Psychiatr Q.* 2018;89(1):183-90.
107. Desjardins M. The Sexualized Body of the Child: Parents and the Politics of "Voluntary" Sterilization of People Labeled Intellectually Disabled. Dans: *Sex and Disability.* Duke University Press; 2012. p. 69-85.
108. Yoshikazi-Gibbons HM, O'Leary M. Deviant Sexuality: The Hypersexualization of Women with Bipolar Disorder in Film and Television. Dans: *The Image of Disability: Essays on Media Representations.* McFarland & Company Publishers; 2018. p. 93-106.
109. Mazurkiewicz B, Stefaniak M, Dmoch-Gajzlerska E. Perinatal care needs and expectations of women with low vision or total blindness in Warsaw, Poland. *Disabil Health J.* 2018;11(4):618-23.
110. Smeltzer SC, Wint AJ, Ecker JL, Iezzoni LI. Labor, delivery, and anesthesia experiences of women with physical disability. *Birth.* 2017;44(4):315-24.
111. Holmes S. Responses to warnings about the impact of eating disorders on fertility: A qualitative study. *Sociol Health Illn.* 2018;40(4):670-86.
112. Dyer RL, Greene MZ. Identity and Pregnancy in Conflict?: An Examination of Sexual Minority Women Using Qualitative Description. *Cult Health Sex.* 2023;25(9):1131-46.



**INJUSTICES  
REPRODUCTIVES**

