



SERVICES D'AVORTEMENT ADAPTÉS AUX RÉALITÉS TRANS

Un guide visant à permettre aux prestataires de soins d'instaurer des politiques et des pratiques qui tiennent compte des réalités trans dans un contexte d'avortement



Services d'avortement adaptés aux réalités trans

Un guide visant à permettre aux prestataires de soins d'instaurer des politiques et des pratiques qui tiennent compte des réalités trans dans un contexte d'avortement

Auteur.e.s, contributeurs et contributrices et remerciements

Ce guide a été commissionné et coordonné par la *Fédération du Québec pour le planning des naissances (FQPN)* dans le cadre son engagement à élargir ses discussions sur la sexualité et la santé reproductive afin de prendre en compte les personnes trans ainsi que leurs familles.

Il a été rédigé par *A.J. Lowik*, doctorant.e à l'Institut des études sur le genre, la race, la sexualité et la justice sociale de l'Université de la Colombie-Britannique. Après avoir rédigé sa thèse de maîtrise sur les services d'avortement sensibles aux réalités des personnes trans, A.J. souhaite élargir cette discussion en abordant les expériences reproductives des personnes trans dans leur ensemble dans sa thèse de doctorat. A.J. tient à souligner les accomplissements du groupe de travail de l'UBC chargé de la série d'ateliers *Promoting Trans Literacies* dont iel fait partie. En plus d'avoir contribué à l'élaboration du glossaire et sections du guide axées sur les questions, celui-ci a largement favorisé l'apprentissage d'A.J. en termes de féminismes intersectionnels et inclusifs des réalités trans.

Merci à l'équipe *Action Canada for Sexual Health and Rights* d'avoir rédigé la Section 4a, soit *Les services d'avortement au Canada*. Merci à *Charli Lessard* de la FQPN pour son soutien logistique et administratif ainsi que sa passion et son dévouement pour ce projet. Merci à *Olivia Kamgain*, *Tobias Atkin* et *Maxime Faddoul* pour leurs remarques initiales. Merci à *Alyson Budd* et *Maxime Faddoul* pour leurs révisions judicieuses. Merci à la Dre. *Hélène Frohard-Dourlent* pour ses commentaires éclairés. Merci à *Michelle Lee* pour la mise en page, le formatage et le design de ce guide.

Ce guide est disponible en accès libre sous une licence Creative Commons. Il peut être reproduit, en tout ou en partie, tant que la FQPN et le nom de l'auteur.e y figurent et que la personne responsable de la reproduction n'en tire pas un gain financier.

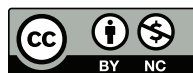


TABLE DES MATIÈRES

1. Que contient ce guide?	4
2. L'importance des mots	6
a. Vocabulaire et glossaire	6
b. Poser des questions et se tromper.....	9
c. Les mots : source de désarroi et source d'émancipation	12
3. À bas les mythes : la reproduction trans	13
4. Les services d'avortement au Canada et les services d'avortement à l'intention des personnes trans	17
a. Les services d'avortement au Canada	17
b. Les services d'avortement pour les personnes trans	19
5. Favoriser l'inclusion des réalités trans dans un contexte d'avortement	20
a. Scénarios et recommandations afin de surmonter les obstacles en matière de services d'avortement sensibles aux réalités trans.....	20
b. Évaluation de l'ouverture aux réalités trans	24
6. Conclusion	27
7. Ressources pour vous et pour vos patient.e.s	28
8. Organismes québécois de santé reproductive, de santé sexuelle et d'aide aux personnes trans.....	30
9. Notes de fin d'ouvrage.....	32



QUE CONTIENT CE GUIDE?

Ce guide est destiné aux professionnel.le.s œuvrant dans le domaine de la santé sexuelle et de la santé reproductive au Québec, particulièrement ceux qui réalisent des avortements. L'inclusion des réalités trans est peut-être un sujet qui vous est inconnu; ce guide vous permettra de vous familiariser avec les personnes trans ainsi que leurs besoins en matière de santé reproductive. Vous vous efforcez peut-être de favoriser l'inclusion des réalités trans dans votre milieu de travail; ce guide contient des suggestions pratiques afin de rendre ce dernier plus accueillant et de vous préparer, ainsi que le reste du personnel, à prodiguer des soins compétents aux patient.e.s trans. Que vous offriez des services d'avortement dans un contexte administratif ou clinique et peu importe où vous en êtes dans votre apprentissage, ce guide saura vous être utile.

Les personnes trans ont une multitude de besoins reproductifs et sexuels, notamment en ce qui concerne l'accès à des services d'avortement sécuritaires. Les personnes trans représentent une population tout aussi diverse que vos autres patient.e.s. Ce guide illustre la façon dont le vécu personnel et les différentes identités des personnes trans peuvent influencer la conception qu'elles ont de leurs capacités reproductives et sexuelles.

Nous encourageons les lecteurs de ce guide à réfléchir au fait que les enjeux reproductifs (la grossesse, l'avortement, etc.) ont historiquement été définis comme des enjeux qui concernent uniquement les femmes cisgenres. La charge du travail reproductif, que ce soit en matière d'infertilité, d'avortement, de lactation, et autres, continue d'être portée par les femmes cisgenres, en particulier par les femmes cisgenres pauvres et racisées au niveau mondial.¹ Ce travail reproductif est dévalorisé. Nous ne vous demandons pas de faire fi de cette réalité; nous cherchons plutôt à inciter les lectrices et lecteurs de ce guide à élargir leur conception des expériences reproductives afin d'inclure les personnes trans et de reconnaître que cette population a des besoins en commun avec les femmes cisgenres en matière de santé sexuelle et reproductive.

Bien que limitée, la recherche académique en matière de reproduction trans gagne en ampleur. Cette dernière est principalement disponible en anglais et les documents rédigés ou traduits en français sont plutôt rares. Outre les notes de fin d'ouvrage, nous avons également compilé une liste de lectures complémentaires pour ceux et celles qui voudraient approfondir le sujet. Bien que celle-ci comporte des articles scientifiques sur la reproduction trans, il n'existe toujours pas de recherches qui parlent explicitement du vécu et des besoins des personnes trans en matière de services d'avortement.

Bien que les besoins des personnes trans varient énormément en raison de plusieurs facteurs, ce guide fut rédigé à partir d'un ensemble de principes directeurs.

- Ce guide emploie le terme « trans » comme terme général afin d'englober le vécu et les identités des personnes transgenres, transsexuelles, non-binaires, *genderqueer*, agenres/de genre neutre et non-conforme dans le genre. Malgré le fait que cette expression soit elle-même réductrice et problématique à plusieurs niveaux, nous avons choisi de l'utiliser afin d'éviter d'avoir recours à des acronymes encombrants et peu commodes (p. ex. TG/TS/NB/GQ/A/GN/NCG). Lorsque nous parlons d'un groupe précis, nous utilisons les termes spécifiques qui y correspondent.
- Tout comme sa propre rédaction, ce guide reconnaît que votre travail dans le domaine de la santé reproductive et les vies des personnes trans se déroulent sur les terres traditionnelles et ancestrales des peuples inuits, métis et des Premières Nations. Notre conception du sexe, du genre, de la sexualité ainsi que de la reproduction découle du processus de colonisation du Canada. Ce guide reconnaît également que certaines personnes bispirituelles (ou *Two-Spirit*) s'identifient comme personnes trans, mais que ce n'est pas toujours le cas. Le fait d'amalgamer l'identité

bispirituelle et les identités trans énumérées ci-dessus ne ferait que contribuer à l'effacement systématique des genres autochtones tels que définis et interprétés par les personnes qui s'y identifient.

- Ce guide adopte une approche intersectionnelle reconnaissant que les personnes trans possèdent des identités et des vécus divers qui convergent avec leurs identités trans. Ces individus – tout comme leurs vies et les enjeux auxquels ils font face – sont complexes et multidimensionnels. Les personnes trans couvrent l'ensemble des tranches d'âge, des classes sociales, des sexualités, des origines ethniques, des religions, des cultures et des aptitudes physiques. Elles appartiennent à des familles autant choisies que traditionnelles. Elles peuvent être parents, enfants ainsi que frères et sœurs. Certaines personnes trans choisissent et/ou sont en mesure de vivre leur vie « uniquement » en tant qu'homme ou femme et ne s'identifient pas du tout comme étant trans. Pour d'autres, leur identité trans est un facteur identitaire important qu'elles choisissent d'exprimer de façon active et radicale. Cette approche intersectionnelle reconnaît que le vécu des personnes trans racisées, autochtones et métisses est très différent de celui des personnes trans blanches, que ce soit en matière d'espaces physiques, ainsi que de sentiment de sécurité et d'appartenance. Les personnes trans racisées, autochtones et métisses courent un risque disproportionné d'être victimes d'actes de violence, de discrimination, d'agressions, d'homicide, d'être sans emploi, d'être en situation d'itinérance ou de se faire incarcérer.
- Ce guide a été rédigé avec un style grammatical alternatif. Il faudra donc faire attention de ne pas confondre les coquilles et les erreurs grammaticales avec l'originalité de ce type de rédaction. En voici quelques exemples :
- L'emploi des points (.), des tirets (-) ou des parenthèses () pour neutraliser les noms. Ainsi *les patients et les patientes contents* devient *les patient.e.s content.e.s*.
- L'utilisation de pronom et de déterminants alternatifs (ex : ille, la contraction des déterminants il et elle ; lea, la contraction des déterminants le et la)
- Le recours à l'écriture épïcène, c'est-à-dire le choix délibéré d'employer des mots qui ne sont ni masculins, ni féminin.
- En dernier lieu, ce guide reconnaît l'existence de facteurs complexes qui peuvent amener une personne à vouloir ou non être parent (par l'entremise de la reproduction biologique, de l'adoption ou du placement en famille d'accueil), à confier un enfant en adoption ou à avoir recours à des services d'avortement.

SOMMAIRE DU GUIDE

Section 2 : L'importance des mots

Cette partie comporte un glossaire, des stratégies pour faire face à certaines questions et erreurs courantes ainsi qu'une discussion autour de l'importance des mots lors d'échanges avec les personnes trans.

Section 3 : À bas les mythes : la reproduction trans

Cette section répond à des mythes courants sur la reproduction trans, et introduit les réalités de ce sujet.

Section 4 : Les services d'avortement au Canada et les services d'avortement à l'intention des personnes trans

Cette section offre un aperçu de l'histoire et de la situation actuelle en termes d'avortement au Canada et explique pourquoi les services d'avortements adaptés aux réalités trans sont essentiels.

Section 5 : Favoriser l'inclusion des réalités trans dans un contexte d'avortement

Cette section est divisée en scénarios fictifs qui présentent des situations auxquelles une personne trans pourrait être confrontée en tentant d'accéder à des services d'avortement. Cette section propose des recommandations qui peuvent permettre de surmonter les obstacles présentés dans ces mises en scène. Elle comporte également un outil permettant d'identifier différents aspects de vos pratiques administratives ou cliniques qui peuvent être des barrières potentielles pour les patient.e.s trans.

Section 6 : Conclusion

Cette section conclut le manuel et propose quelques étapes à suivre.

Section 7 : Ressources

Cette section comporte une liste de ressources pour vous permettre, ainsi que vos patient.e.s, de continuer de lire et d'apprendre.

Section 8 : Organismes québécois de santé reproductive, de santé sexuelle et d'aide aux personnes trans

Cette section propose une liste d'organismes québécois de santé reproductive, de santé sexuelle et d'aide aux personnes trans et de d'autres ressources provinciales qui pourraient s'avérer utiles.

Section 9 : Notes de fin d'ouvrage

Cette dernière section comporte l'ensemble des références ayant informé ce document ainsi qu'un lien vers une liste de lectures supplémentaires.



L'IMPORTANCE DES MOTS

A. VOCABULAIRE ET GLOSSAIRE²

Ce glossaire est divisé en trois types de sections - **vert**, **jaune** et **rouge**. Chaque section est organisée de manière à peu près alphabétique.

Les expressions en **vert** peuvent être utilisées en toute confiance. Il s'agit de phrases et de termes utilisés par beaucoup de personnes trans afin de parler d'elles-mêmes, de leurs corps, de leurs familles et de leurs communautés. Les expressions en **jaune** doivent être utilisées avec prudence. Il s'agit de phrases et de termes qui sont appropriés dans certaines circonstances et à proscrire dans d'autres. Ce manuel explique dans quels contextes elles peuvent être utilisées ou dans quel contexte il vaut mieux les éviter.

Les expressions en **rouge** sont à éviter. Il s'agit d'expressions et de termes problématiques et/ou discriminatoires qui sont souvent rejetés par les personnes trans.

Les communautés trans, comme le reste de la population, change au cours du temps, et le vocabulaire que nous employons évolue en même temps. Toute personne trans peut choisir de se réapproprier des termes qui sont habituellement employés de manière négative. Il se peut aussi que certaines personnes trans utilisent des termes qui ne figurent pas dans ce glossaire ou qu'elles interprètent ceux qui s'y trouvent différemment. Ce glossaire vous invite à réfléchir au langage que vous utilisez, mais il n'y a pas de règles absolues dictant ce que vous devez dire ou ne pas dire.

Nous vous encourageons à :

- prêter attention aux mots que vos patient.e.s utilisent pour parler d'elles/d'eux-mêmes;
- donner l'occasion – à l'oral comme à l'écrit, sur vos formulaires – à vos patient.e.s de vous expliquer quels mots ils utilisent afin de parler d'elles/d'eux-mêmes, de leurs corps et de leurs familles;
- poser des questions si votre patient.e utilise des termes que vous ne connaissez pas.

VERT! (N'HÉSITÉZ PAS À LES UTILISER!)

EMPLOYEZ le terme général **cisgenre** afin de désigner l'ensemble des personnes dont l'identité de genre correspond à leur sexe assigné (sans chirurgie ou traitement hormonal) à la naissance. **FAVORISEZ** l'abréviation « **cis** ».

EMPLOYEZ le terme **cisnormatif** afin de décrire la présomption que tous les individus sont cisgenres ainsi que les façons dont cette présomption est intégrée dans nos structures et nos systèmes.

EMPLOYEZ des termes **culturellement spécifiques** tels que **Hijra** (Inde), **Fa'afafine** (Samoa), **Katoï/Ladyboys** (Thaïlande), **Khawaja sara** (Pakistan) ainsi que tout autre mot utilisé par diverses communautés à travers le monde afin de désigner une personne de sexe et/ou de genre non-normatif.

EMPLOYEZ le terme **dysphorie** afin de désigner le profond état de malaise, d'inconfort et d'insatisfaction que ressentent **certaines** personnes trans face à leurs corps. Cet état peut être qualifié de **dysphorie de genre** (c.-à-d. le nom actuel du diagnostic). **SOUVENEZ-VOUS** que cette expérience n'est pas commune à toutes les personnes trans.

EMPLOYEZ le terme **genre** afin de désigner les connotations sociales associées aux différences sexuées telles que les normes, les rôles et les stéréotypes relatifs au genre, ainsi que l'**identité** et l'**expression** de genre.

EMPLOYEZ le terme général **intersexe** pour parler de la multitude de conditions où l'anatomie reproductive ou sexuelle d'une personne ne correspond pas à ce que notre société considère être une anatomie féminine ou masculine.

EMPLOYEZ le terme **mégenrer** afin de désigner l'utilisation de mots (noms, adjectifs et pronoms) qui ne correspondent pas au genre auquel une personne s'identifie. Le mégenrage peut englober le fait d'utiliser le **mauvais prénom** pour quelqu'un, d'utiliser les **mauvais pronoms** (p. ex. utiliser « il » ou « lui » afin de désigner une personne qui utilise le pronom « elle ») ou d'employer tout autres termes genrés incorrects (p. ex. appeler une personne s'identifiant comme femme « monsieur » ou dire « seins » afin de parler de la poitrine de quelqu'un qui n'utilise pas ce mot pour parler de son corps). **SOUVENEZ-VOUS** que le mégenrage – qu'il soit intentionnel ou non – a un impact négatif sur les personnes trans et que le mégenrage constant est un acte transphobe.

EMPLOYEZ le terme général **non-binaire** pour parler de l'ensemble des personnes dont l'identité de genre n'est pas entièrement féminine ou masculine et/ou qui ne se perçoivent pas comme homme ou femme. Ces personnes s'identifient peut-être avec l'un ou plusieurs des termes suivants : **genderqueer**, **genderfluid**, **genre neutre**, **agenre**, **androgyn** ou **neutrois**. Il se peut également qu'elles aient recours à d'autres d'expressions. **SOUVENEZ-VOUS** que certaines personnes non-binaires s'identifient comme étant trans, mais que ce n'est pas toujours le cas.

EMPLOYEZ l'expression **les personnes de tous genres et sans genre** afin de souligner le fait que les personnes non-binaires qui s'identifient comme agenres et de genre neutre n'ont pas de genre et sont donc exclues quand on utilise la formule « personnes de tous genres ».

EMPLOYEZ le terme **sexe** afin de désigner la catégorisation médicale et légale d'individus en tant qu'**hommes** ou **femmes**. Il s'agit d'une catégorisation effectuée à la naissance qui repose largement sur les organes génitaux externes des nouveaux-nés.

EMPLOYEZ les expressions **assigné femme à la naissance** ou **assigné homme à la naissance** afin de décrire un individu en fonction de son assignation sexuelle à la naissance. **ÉVITEZ** d'utiliser **personne au corps féminin** ou **personne au corps masculin** car ces expressions suggère que certaines anatomies correspondent à un genre spécifique et ce n'est pas toujours le cas.

EMPLOYEZ l'expression **binarité du sexe/binarité du genre** afin de désigner le processus de construction sociale qui organisent les catégories mâle/femelle, féminin/masculin, homme/femme, etc. comme étant mutuellement exclusives. **SOUVENEZ-VOUS** que certaines personnes trans s'identifient à l'extérieur de ces binarités.

EMPLOYEZ le terme général **trans** pour parler de l'ensemble des personnes dont l'identité de genre ne correspond pas au sexe qui leur a été assigné à la naissance. **SOUVENEZ-VOUS** que certaines personnes utilisent l'expression homme/femme avec un historique trans afin de parler de leur relation à ces catégories genrées.

EMPLOYEZ le terme **transition** pour décrire le processus entrepris par certaines personnes trans afin de changer leur corps afin que celui-ci reflète plus adéquatement leur identité de genre. Il y a plusieurs types de transitions: la transition sociale (changement de nom et de pronom par exemple), la transition médicale (prise d'hormones, chirurgies) et la transition légale (changement de mention de sexe).

EMPLOYEZ le terme **transphobie** afin de décrire les préjugés à l'égard des personnes trans articulés sous forme de haine, de violence verbale ou psychologique ainsi que d'attitudes, de sentiments, d'institution, de politiques et de pratiques antagonistes. **UTILISEZ** les termes **transmisogynie** (l'intersection entre la transphobie et la misogynie) ainsi que **transmisogynoir** (l'intersection entre la transphobie, la misogynie et le racisme anti-noir) lorsque cela est applicable.

EMPLOYEZ le terme **bispirituel** ou **Two-Spirit** de parler de la façon dont l'identité sexuelle, culturelle, de genre et/ou l'identité spirituelle sont liées au sein de certaines communautés autochtones. Ce terme est une traduction de l'expression Anishnaabeg (Ojibwa) *niizh manidoowag* qui désigne une personne qui incarne l'esprit féminin et le masculin. Il capture les manières complexes dont les peuples autochtones conceptualisent le genre ainsi que la longue tradition de diversité sexuelle et de genre dans les cultures autochtones. Comme tout autre terme, il a ses limites.

JAUNE! (Servez-vous de votre jugement!)

Employez le terme **chirurgie affirmative du genre** ou **chirurgie de confirmation du genre** **UNIQUEMENT** lorsque vous parlez des interventions chirurgicales auxquelles certaines personnes trans ont recours dans le cadre de leur transition. **ÉVITEZ** de présumer que toutes les personnes trans ont recours à ce type d'opération. **ÉVITEZ** d'utiliser **changement de sexe** ou **changement de genre**.

Employez les termes **pré-**, **post-**, ou **non-opératoire** **UNIQUEMENT** lorsque des personnes trans parlent ainsi de leur expérience. **ÉVITEZ** de classifier l'ensemble des personnes trans en fonction de ces catégories. Ce genre de classification met l'accent sur les interventions médicales auxquelles certaines personnes trans ont recours. Tout comme le terme transsexuel, ces expressions relèvent de la médicalisation et de la pathologisation des personnes trans qui persistent toujours aujourd'hui.

Employez le terme **transsexe (tranny)** **UNIQUEMENT** dans les contextes spécifiques où ce terme a été réapproprié par les communautés trans (p. ex. *la promenade des transsexes*, une expression employée par certaines femmes trans afin de désigner l'endroit où elles font le travail du sexe). **ÉVITEZ** d'utiliser transsexe afin de faire référence aux personnes trans de façon générale en raison de son historique d'expression péjorative.

Employez le terme **transsexuel** **UNIQUEMENT** afin de désigner les personnes trans qui utilisent elles-mêmes ce terme. Vous pouvez aussi utiliser ce terme afin de souligner son rôle dans la médicalisation et la pathologisation passée et actuelle des personnes trans. **ÉVITEZ** d'utiliser le terme transsexuel afin de faire référence aux personnes trans en général car beaucoup ne s'identifient pas à ce terme. D'autres le contestent en raison de l'accent qu'il place sur les interventions médicales auxquelles certaines personnes trans ont recours.

ROUGE! (Évitez d'utiliser ces termes!)

ÉVITEZ d'utiliser **des termes et des expressions péjoratives** sans les contextualiser ou sans reconnaître leur nature biaisée. Ces termes et expressions comprennent notamment monsieur-madame, ça, chose, *shemale*, travesti.e, gars en robe, hermaphrodite, berdache ou bête de foire.

ÉVITEZ d'avoir recours au **Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-IV)** ou à la **Classification internationale des maladies (CIM)** afin de vous renseigner sur les personnes trans, leurs identités et leurs expériences ou sur les termes à employer. **ÉVITEZ** d'utiliser le terme « symptôme » ou toute autre expression médicale et/ou pathologisante. Lorsque ces expressions sont utilisées, **ÉVITEZ** d'utiliser des termes dépassés tels que transgenrisme, transgénérisme, transgendrisme, transsexualisme ou autre.

ÉVITEZ de d'utiliser les termes d'**homme** ou de **femme** de manière générale sans spécifier si vous parlez de personnes cis ou de personnes trans, sauf si vous souhaitez précisément désigner l'*ensemble* des hommes et des femmes, y compris les hommes et femmes trans.

ÉVITEZ « les transgenres » ou « un transgenre ». Utiliser ces mots sans les associer au mot personne est une pratique qui déshumanise les personnes trans.

ÉVITEZ d'utiliser l'adjectif **transgenre** afin de faire référence à une personne. **ÉVITEZ** d'ajouter un **-é** aux mots lorsque ceux-ci désignent une identité (p. ex. cisgenre).

ÉVITEZ le terme **transformation** afin de décrire le processus entrepris par certaines personnes trans afin de faire correspondre leurs corps à leur identité de genre.

ÉVITEZ l'expression « **les femmes et les personnes trans** ». Cela sous-entend que les femmes et les personnes trans constituent des catégories mutuellement exclusives. Cette expression établit notamment une distinction entre les femmes trans et les femmes cis. **ÉVITEZ** les termes **vrai, authentique, réel, biologique** ou tout autre terme qui crée une hiérarchie en terme d'identité (ex : vraie femme, homme biologique).

B. POSER DES QUESTIONS ET SE TROMPER

Les questions et les erreurs sont courantes, qu'elles surviennent lors d'interactions avec quelqu'un ou de manière plus générale, quand on cherche à comprendre un enjeu ou un vécu qui ne nous est pas familier. Quand l'on fait une erreur, la meilleure marche à suivre est de :

- 1 **Présenter ses excuses**
- 2 **Réfléchir à l'erreur commise et en tirer des leçons**
- 3 **Passer à autre chose**

RESPECTEZ le **droit des personnes trans de décider si elles veulent vous éduquer**. Les personnes trans (tout comme tout groupe marginalisé) doivent souvent faire face à des gens qui s'attendent à ce qu'elles les éduquent sur les enjeux trans ou à ce qu'elles parlent au nom des personnes trans. Lorsque possible, effectuez votre propre recherche sur un enjeu avant de questionner une personne trans.

TENEZ COMPTE de la différence entre un.e **universitaire trans** et une personne trans. Un.e universitaire trans est une personne qui centre sa recherche sur les théories, les enjeux et les vécus trans, peu importe sa propre identité de genre. Il peut être approprié de poser certaines questions à un.e universitaire trans dans sa capacité d'expert.e alors que ces mêmes questions ne seraient pas appropriées si elles étaient posées à des personnes trans – notamment des questions de nature très personnelle ou bouleversante pour la personne interrogée.

Comment demander à quelqu'un quels pronoms iel utilise

.....

DEMANDEZ-LUI poliment et discrètement : « Quels pronoms utilises-tu ? » **INDIQUEZ** quels pronoms vous utilisez vous-même avant de poser la question.

UTILISEZ le **nom de la personne** ou les formules neutres telles que **cette personne** en attendant de connaître ses pronoms d'usage.

« **L'une des plus grandes difficultés auxquelles les personnes trans francophones ont à faire face est l'absence de neutralité dans la langue. Tout est forcément féminin ou masculin.** Plusieurs essais sont en cours au sein même de la communauté pour en faire ressortir des règles communes. Certains prônent l'utilisation du « iel » comme pronom neutre alors que d'autres préfèrent le « ille » ou le « ol ». Les accords des adjectifs et des participes passés varient également. Ainsi, on peut lire ce type de phrases : « Ille est heureuse (il/elle est heureux/heureuse) » ou « Ille est créatifve, mais est fâché.e ». »³ Ce sont ces pronom que nous utiliserons dans ce document.

RESPECTEZ le fait qu'une personne puisse utiliser **des pronoms différents selon le contexte**. Une même personne pourrait vous expliquer qu'elle utilise des pronoms différents en privé, au travail et auprès de sa famille.

SOUVENEZ-VOUS que certaines personnes **utilisent des pronoms autres que ceux disponibles en anglais ou en français** en fonction de leurs communautés, leurs cultures, leurs pays, leurs identités ainsi que leurs origines ethniques ou raciales.

UTILISEZ les **pronoms neutres** inventés par les personnes trans afin de se désigner elles-mêmes. Ceux-ci comprennent notamment **iel/ol/lae, ellui, ille** (français) et **hen** (suédois).

PRATIQUEZ l'utilisation des pronoms neutres s'il s'agit d'un nouveau concept pour vous. Pratiquez seul afin d'éviter de vous tromper devant les autres.

ÉVITEZ de présumer les pronoms employés par une personne en fonction de son apparence physique, de ses caractéristiques sexuelles, de son expression de genre ou de tout autre facteur.

ÉVITEZ de qualifier les noms et/ou les pronoms de **choisis**; cela laisse sous-entendre que les pronoms sont optionnels ou qu'ils ne sont qu'une simple préférence.

Comment se tromper de pronoms, de noms ou de toutes autres formules genrées

.....

PRÉSENTEZ vos **excuses** à la personne concernée dès que possible. Il n'est jamais trop tard pour reconnaître et corriger l'erreur commise.

DEMANDEZ à **nouveau** si vous avez oublié les mots que la personne utilise.

EXCUSEZ-VOUS **chaque fois** que vous faites la même erreur ou si vous en commettez une nouvelle. **ÉVITEZ** de vous retrouver dans cette position en prêtant attention et **demandant de l'aide** afin de mieux pouvoir vous rappeler les termes corrects à employer.

ÉVITEZ de trouver **des justifications** à votre erreur.

ÉVITEZ de vous **excuser sans cesse** pour une erreur si vous avez déjà présenté vos excuses.

Comment corriger une personne qui se trompe de nom/pronom/formule genrée

.....

CORRIGEZ la personne de façon discrète et respectueuse. À titre d'exemple, dites-lui : « J'ai remarqué que tu appelles (bon nom/bons pronoms) par (le mauvais nom/les mauvais pronoms). Peut-être que tu ne le sais pas, mais (bon nom) utilise (bons pronoms). »

DEMANDEZ à la personne qui s'est trompé ce que vous pouvez faire afin de **l'aider** à se souvenir du bon nom, des bons pronoms ou des bons termes.

DÉFENDEZ les droits des personnes trans et soyez un.e **allié.e**. **ÉVITEZ** de dévoiler l'identité trans d'une personne trans en parlant de leur corps, leur historique médical, leur nom et/ou pronoms antérieurs et ainsi de suite. **ÉVITEZ** d'**interroger une autre personne** à propos du corps, de l'historique médical, du nom et/ou des pronoms antérieurs d'une personne trans.

ÉVITEZ d'**interpeller** publiquement quelqu'un pour s'être trompé de nom ou de pronoms. **ÉVITEZ** de juger ou de condamner quelqu'un qui a commis une erreur.

Comment se renseigner auprès d'une personne quant aux termes qu'elle utilise afin de parler d'elle-même, de son corps, etc.

DEMANDEZ-LUI discrètement et poliment **quels termes elle utilise** afin de parler d'elle-même. À titre d'exemple, dites-lui : « Tu as peut-être remarqué que notre formulaire de consentement utilise des termes genrés tels que vagin et pénis. Je me demandais quels sont les termes que tu utilises pour ton anatomie? »

PORTEZ ATTENTION aux mots utilisés par une personne lorsqu'elle parle d'elle-même et employez ces mêmes mots lors de vos échanges futurs.

Renseignez-vous sur l'anatomie d'une personne UNIQUEMENT lorsque que vous leur fournissez des soins corporels (des services d'avortement en l'occurrence). **ÉVITEZ** de poser des questions sur l'anatomie des personnes trans si vous n'avez pas besoin de ces informations pour leur offrir des services inclusifs et compétents.

SOUVENEZ-VOUS que **la terminologie utilisée par les personnes trans peut changer** au fil du temps. **DEMANDEZ** « utilises-tu toujours _____ » et **SOYEZ** prêt.e à adapter votre vocabulaire.

ÉVITEZ de parler de l'anatomie spécifique de certaines personnes trans **en dehors de votre cadre professionnel**. **ÉVITEZ** les réactions physiques ou verbales aux termes employés par les gens même s'il s'agit de mots que vous éviteriez.

Comment parler en général de manière plus inclusif des réalités trans

UTILISEZ les termes **vous, tout le monde** ou toute autre expression non-genrée afin de vous adresser à un groupe de gens.

DÉCRIVEZ les habits ou une autre caractéristique distincte d'une personne lorsque vous la désignez, par exemple lors d'une réunion de personnel. À titre d'exemple, **DITES** « la personne au chandail rouge dans la rangée du fond » et non « l'homme dans la rangée du fond. »

SOULIGNEZ la présence potentielle de personnes trans en privilégiant des formules telles que « pour les personnes cisgenres parmi nous » plutôt que de dire « en tant que personnes cis, nous... »

ÉVITEZ les expressions **gars et filles, mesdames et messieurs, mademoiselle et garçon**. Ces termes contiennent des suppositions quant au sexe et au genre des personnes dont vous parlez.



C. LES MOTS : SOURCE DE DÉSARROI ET SOURCE D'ÉMANCIPATION

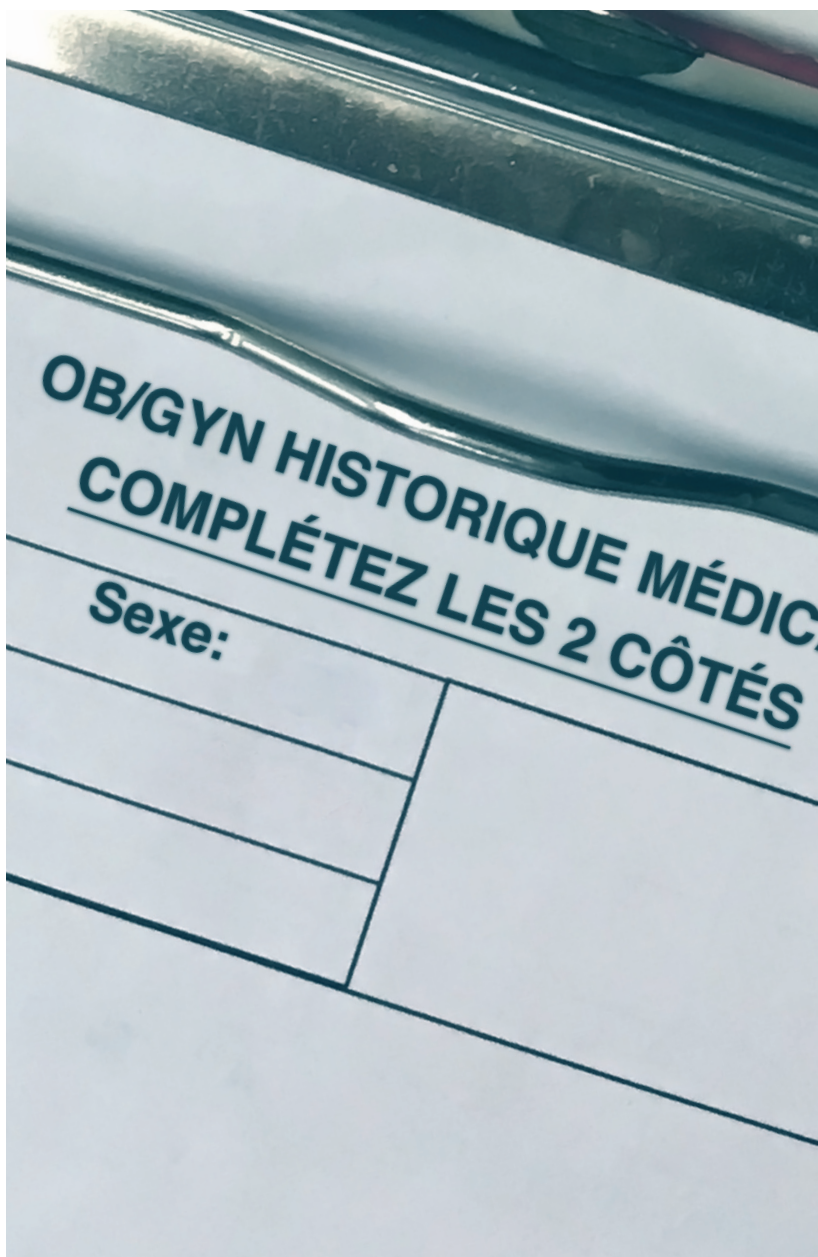
Beaucoup de personnes trans utilise le langage de manière stratégique pour faire face au monde qui les entoure; Elles ont notamment recours au langage pour se faire comprendre, pour rendre leurs identités intelligibles aux autres et pour soulager la détresse et la dysphorie de genre. Parfois, elles ajustent leurs habitudes de langage afin de convenir à leurs besoins et à leurs identités.⁴ Les études portant sur la prestation de services de santé aux personnes trans démontrent qu'il est essentiel de se renseigner auprès de ces dernières quant aux pronoms et aux autres termes genrés qu'elles utilisent. Cette pratique constitue un pilier en matière d'inclusion des réalités trans dans le monde médical.⁵ Cela dit, les questions de langage peut aussi générer

beaucoup d'angoisse. Il n'existe pas de terme en anglais ni en français pour parler de certaines réalités. Le mégenrage s'opère à travers la langue de façon souvent subtile et involontaire. Il se produit également car notre compréhension du sexe, du genre, de la reproduction et de la filiation est profondément cisnormative.

On devrait délaissier les classifications sexuées inutiles et problématiques des parties du corps (p. ex. désigner les ovaires, les trompes de Fallope et l'utérus comme parties du système reproductif féminin). Il faudrait par exemple dire « une personne avec des seins », « un corps avec un pénis » et « personnes enceintes » plutôt que « femmes avec des seins », « corps masculins » ou « femmes enceintes ».⁶ Cependant, même ces efforts de langage peuvent être insuffisants pour certaines personnes.

Certaines personnes trans préfèrent utiliser des mots autres que seins, pénis, vagin et utérus afin de décrire leur anatomie⁷. Parler de poitrines plutôt que de seins, de dickclit plutôt que de clitoris et enfin de clitoris plutôt que de pénis sont quelques exemples communs de ces alternatives de langage, mais il existe de nombreuses autres possibilités. Même s'il n'est pas toujours possible de modifier les formulaires médicaux officiels de consentement, vous pouvez demander à vos patient.e.s les termes qu'ils utilisent pour parler de leurs corps et adopter ce vocabulaire en prenant soin de noter clairement ces renseignements sur leurs dossiers.

Les termes employés afin de parler de couples ou de parentalité peuvent aussi faire fi de la réalité des personnes trans. Cela paraît simple en principe – si les personnes trans adoptent le rôle parental associé à leur identité de genre, ce qui implique que les hommes trans sont des pères et que les femmes trans sont des mères. Cela correspond effectivement à la réalité de certaines personnes trans, mais ce n'est pas toujours le cas – certaines personnes trans peuvent s'identifier à *la fois* en tant que mère et en tant que père⁹. D'autres personnes trans emploient des nouvelles expressions ou se servent de vieux mots réappropriés, notamment *zaza*, *nini* ou *cennend*. L'expérience reproductive de la grossesse peut être décrite comme étant celle d'un papa hippocampe¹⁰ alors que la lactation et l'allaitement peuvent être interprétés comme un processus animalier et fonctionnel plutôt que comme des expériences fondamentalement féminines.¹¹ Les composantes corporelles de la parentalité peuvent prendre différentes formes et être transformées par les personnes trans. Ces transformations passent parfois par le fait de modifier le langage utilisé pour décrire ces expériences.





À BAS LES MYTHES : LA REPRODUCTION TRANS

MYTHE : Les personnes trans ne peuvent pas être enceintes.

.....
FAUX. Les personnes trans assignées femme à la naissance qui ne subissent pas d'opérations ou ne suivent pas de traitement hormonal dans le cadre de leur transition peuvent tomber enceinte suite à un rapport sexuel ou au moyen de technologies de procréation assistée. Souvenez-vous que toutes les personnes trans ne désirent pas suivre un traitement hormonal et/ou subir des opérations ; beaucoup d'entre elles n'ont pas accès à ces traitements médicaux. De plus, la prise de testostérone n'entraîne pas une infertilité permanente chez les personnes trans assignées femme à la naissance. « Il y a toutefois peu de littérature scientifique portant sur... les effets de l'administration exogène de testostérone sur la fertilité, la grossesse et les issues néonatales. »¹² Lorsque la prise de testostérone est interrompue, les menstruations reprennent chez la plupart des individus dans les six mois suivant la cessation du traitement.¹³ La grossesse redevient possible par la suite pour autant que la personne n'éprouve pas d'autres problèmes d'infertilité.

Il est faux de présumer qu'une personne n'est plus/n'a jamais été trans si elle tombe enceinte. Dans une étude fort problématique de 1988, l'auteur décida de qualifier les participants de femme et de mères (pire encore, de mauvaises femmes et de mauvaises mères) malgré le fait que ces derniers s'identifiaient en tant qu'hommes et pères¹⁴. Dix ans plus tard, une étude releva des niveaux de stress élevés auprès des hommes trans ayant vécu une grossesse en raison de la conviction des professionnel.le.s médicaux et des thérapeutes que la grossesse et la naissance signifiaient que ces derniers n'étaient pas « vraiment » trans.¹⁵

Les développements actuels en matière de transplantation utérine laissent envisager que les femmes trans pourraient être en mesure de vivre la grossesse; les débats sur l'éthique de la transplantation utérine font déjà rage.¹⁶

FAIT : La stigmatisation et la marginalisation ont une grande incidence négative sur la santé générale des personnes trans.

.....
VRAI. En plus d'être confrontées à la précarité en matière d'emploi et de logement, les personnes trans sont touchées de façon disproportionnée par l'itinérance, le manque d'estime de soi, le suicide et le VIH/sida.¹⁷ Les personnes trans éprouvent de la discrimination et de la violence transphobe au travail, à la maison et dans les espaces publics. Beaucoup d'entre elles ne peuvent pas accéder aux services de santé et aux autres services sociaux¹⁸ alors que d'autres tardent à y avoir recours dû à des expériences passées de discrimination ou la crainte de faire face à cette discrimination.¹⁹ Les personnes trans racisées, métisses et autochtones - tout comme les personnes trans en situation de handicap et celles appartenant à d'autres groupes marginalisés - sont d'autant plus susceptibles à ces problématiques de discrimination qui ont une incidence négative sur leur santé que les personnes trans blanches non-handicapées.

MYTHE : L'identité de genre fut retirée du DSM en même temps que l'homosexualité en 1973.

.....
FAUX. La « dysphorie de genre » est le nom actuel du diagnostic englobant les problématiques d'identité de genre dans la dernière version du DSM produite par l'Association américaine de psychiatrie.

Quant à la Classification internationale des maladies (CIM), elle catégorise la dysphorie de genre en tant que trouble sous la désignation de *travestisme bivalent*. La pathologisation continue de certaines identités et expressions trans encouragée par le DSM et la CIM est controversée.²⁰ Dans bien des endroits, un diagnostic de dysphorie de genre est nécessaire pour pouvoir accéder à la thérapie hormonale et/ou aux interventions chirurgicales.

La *World Professional Association for Transgender Health* (WPATH) établit les normes de traitement à l'intention des professionnel.le.s de la santé œuvrant auprès des personnes trans. L'*Association canadienne des professionnel.le.s de santé pour les transsexuelles* (CPATH) est le bras canadien de la WPATH.

De façon historique, le diagnostic des « troubles » de l'identité de genre supposait que les « vraies » personnes trans n'auraient aucun désir d'utiliser leurs organes génitaux - notamment leur système reproductif - correspondant au sexe/genre auquel elles renonçaient.²¹ Malheureusement, les personnes trans souhaitant accéder au traitement hormonal ou aux interventions chirurgicales continuent dans certains contextes de se faire dissuader par certain.e.s thérapeutes et professionnel.le.s de la santé de se servir de leurs corps de façons qui semblent ne pas en concordance avec leur « nouveau » genre.^{22 23}

MYTHE : Les personnes trans peuvent procréer librement sans aucune restriction.

FAUX. Les capacités reproductives des personnes trans sont restreintes de bien des façons dans bien des régions du monde. Historiquement (et aujourd'hui encore dans de nombreux endroits), les personnes trans devaient obligatoirement subir des interventions conduisant à l'infertilité - notamment des chirurgies de confirmation de genre - afin de pouvoir être en mesure de changer la mention de sexe sur leurs pièces d'identité.^{24 25}

Comme les législateurs se soucient souvent de voir à ce que les personnes trans transitionnent de façon *permanente*,²⁶ la stérilisation est souvent une condition préalable liée à la reconnaissance de genre légale (c.-à-d. être en mesure d'obtenir la mention de sexe correcte sur les pièces d'identité). Cette condition est concrétisée indirectement par l'entremise de chirurgies de confirmation de genre; bien qu'elle en soit un résultat secondaire, les interventions au niveau des organes génitaux impliquent la stérilisation. Elle est parfois nommée de façon plus explicite; du côté de l'Allemagne, l'« infertilité irréversible » figurait parmi les conditions préalables à la reconnaissance de genre légale avant d'être abolie en 2010 en raison de son caractère discriminatoire.

En 2015, l'organisme Transgender Europe signalait que 23 pays européens imposaient toujours la stérilisation comme condition préalable à la reconnaissance de genre légale.²⁷ En dépit d'un

communiqué de la WPATH de 2010 qualifiant ces conditions de discriminatoires²⁸ et d'une déclaration interinstitutionnelle portant sur l'élimination de la stérilisation contrainte, forcée ou involontaire dénonçant leur nature discriminatoire et abusive publiée en 2014, ces pratiques sont toujours monnaie courante.²⁹

Au Québec, les personnes trans ne sont plus contraintes de subir des chirurgies de confirmation de genre ou autre intervention médicale afin de modifier leurs papiers d'identité et de faire changer leur mention de sexe. Cependant, il n'en a pas toujours été ainsi. En effet, la *Loi sur le changement de nom et d'autres qualités de l'état civil*, RQS, c C-10 de 1977 de Québec fut la première mesure législative canadienne visant à fixer les conditions préalables au changement de la mention de sexe au registre. Elle exigeait que les applicant.e.s ne soient pas marié.e.s et qu'ils aient « subi avec succès des traitements médicaux et des interventions chirurgicales impliquant une modification structurale des organes sexuels, et destinés à changer leurs caractères sexuels apparents. »³⁰ Le fait de ne pas être marié revêtait aussi une importance particulière; l'État exigeait essentiellement le divorce des personnes trans qui l'étaient. Cette pratique visait principalement à protéger l'institution du mariage en évitant la création de couples mariés de même sexe - illégaux à l'époque - suite à la transition de l'un.e des partenaires.³¹ Il faut également savoir que le changement de nom et de mention de sexe est uniquement accessible aux citoyen.ne.s canadien.ne.s. donc les personnes trans migrantes doivent encore vivre avec des documents incohérents avec leur identité de genre.

De plus, alors que les technologies de procréation assistée ont dépassé les limites de ce qui était jugé normal et possible sur le plan de la reproduction humaine,³² l'accès à ces dernières fut historiquement limité aux personnes jugées aptes à en tirer profit. Tout comme les personnes trans, les femmes célibataires, lesbiennes, veuves et âgées, les couples gais ainsi que les individus racisés et métisses ont trop souvent été privés de ces technologies³³.

MYTHE : Les personnes trans ne désirent pas devenir parents ni se reproduire.

FAUX. Bien que la recherche portant sur ce sujet soit limitée, des études récentes démontrent que des personnes trans sont déjà parents. Dans une enquête réalisée en 2002, 40 % des femmes trans participantes indiquaient qu'elles étaient déjà parents alors que le même pourcentage d'entre elles affirmaient vouloir des enfants.³⁴ Une étude menée en 2012 indiquait que 54 % des hommes trans consultés désiraient être parents et que 22 % d'entre eux avaient déjà au moins un enfant.³⁵ En dernier lieu, une enquête réalisée en Ontario en 2014 révéla que 77.9 % des parents trans étaient les parents biologiques de leurs enfants.³⁶

Pour certaines personnes trans, le fait de perdre leurs capacités reproductrices représente un prix modeste à payer afin de mener leur transition à bien.³⁷ Effectivement, une étude révèle que 90 % des femmes trans consultées affirmaient que la perte de leur fertilité n'était pas une raison suffisamment importante de retarder leur transition³⁸. Il convient de noter que pour certaines femmes trans, le fait de ne pas être en mesure de satisfaire leur désir d'avoir des enfants est un acte de violence qui nécessite notre attention en tant qu'individus préoccupés par la justice reproductive.³⁹ Nous devons concevoir un futur reproductif où les femmes trans – tout particulièrement les femmes trans racisées – peuvent fonder des familles selon leurs propres termes.⁴⁰

Certaines personnes trans sont conscientes de l'infertilité engendrée par la transition hormonale et/ou chirurgicale et sont confortables avec cette réalité. D'autres ne sont pas informées quant à leur perte de fertilité et ne peuvent pas accéder à des technologies de préservation de fertilité – telles le stockage d'ovules ou de sperme – avant d'entreprendre une transition hormonale et/ou chirurgicale.^{41 42} Pour d'autres encore, le regret de ne pas être en mesure d'avoir des enfants biologiquement apparentés suite à des interventions hormonales et/ou chirurgicales est toujours présent.⁴³

FAIT : Les enfants des personnes trans ne subissent pas d'impact négatif en raison de l'identité trans de leurs parents.

VRAI. Il existe quelques ouvrages qui débattent de l'aspect éthique d'assister les personnes trans à devenir parents, notamment pour ce qui est d'encourager l'accès au stockage d'ovules et de sperme ainsi qu'aux technologies de procréation assistée.⁴⁴ Une position particulière suggère qu'il y a lieu de croire que les personnes trans ne sont pas aptes à être parents si celles-ci sont atteintes d'une maladie mentale (comme la nécessité d'obtenir un diagnostic établi en vertu du DSM le sous-entend).⁴⁵ Cependant, plusieurs études indiquent qu'il n'y a aucune raison éthique justifiant d'empêcher les personnes trans d'accéder à leurs capacités reproductives, aux technologies de procréation assistée, aux traitements de préservation de la fertilité ou à tout autre intervention liée à la fertilité.

Bien que les enfants des personnes trans peuvent vivre une période d'ajustement dans l'éventualité où leur parent déciderait d'entreprendre une transition, cette dernière n'est guère différente des autres transitions et changements familiaux tels que le divorce. En effet, c'est le niveau de conflit – non pas les enjeux d'identité de genre ou de transition – qui influencent comment cet ajustement est vécu.⁴⁶ Malheureusement, la discrimination et la stigmatisation persistante vécue par les parents trans – notamment le fait d'être exclus de ressources et de matériel parental ou d'être violentés dans les centres de loisirs communautaires – est souvent source

de conflit.⁴⁷ Qui plus est, «...il n'y a pas de données empiriques indiquant que le bien-être des enfants des parents trans est compromis par l'identité de genre de ces derniers... »⁴⁸

De façon plus positive, la recherche démontre que les parents trans et leurs enfants maintiennent des pratiques d'entraide réciproque⁴⁹ et que les parents emploient des stratégies afin de protéger leurs enfants de la transphobie.⁵⁰ Les parents trans peuvent servir de modèles pour leurs enfants sur le plan de l'authenticité et de l'auto-défense de leurs intérêts⁵¹ et peuvent également montrer à ces derniers comment remettre en question les normes de genre.⁵²

FAIT : Les personnes trans subissent des agressions sexuelles et des viols.

VRAI. Des rapports font état que certaines personnes trans assignées femme à la naissance sont agressées sexuellement, violées et fécondées de force dans le cadre d'un « viol correcteur » visant à imposer la féminité aux individus considérés comme déviants au niveau du genre. »⁵³ Les personnes trans assignées homme à la naissance sont également agressées sexuellement, violées et parfois même tuées. Occasionnellement, ces agressions ont lieu lorsqu'un individu « découvre » que ces personnes ont un pénis.

Certaines personnes trans peuvent avoir recours à une évaluation de grossesse ou des services d'avortement suite à une agression sexuelle ou un viol. Tout comme les prestataires de services d'avortement cherchent à déterminer comment sensibiliser leurs services aux réalités trans, les centres d'aide aux victimes d'agressions sexuelles se posent les mêmes questions. Dans certains cas, les centres d'aide organisations excluent explicitement les personnes trans – notamment les femmes trans.

Lorsqu'une femme trans nommée Kimberly Nixon appliqua pour un poste de bénévole au *Vancouver Rape Relief and Women's Shelter*, elle fut renvoyée peu de temps après son embauche⁵⁴. Elle fut informée qu'elle n'avait pas les qualifications requises, notamment celle d'avoir vécu en tant que femme depuis la naissance. Nixon logea une plainte pour violation des droits de la personne et la Cour suprême du Canada finit par décider que le *Vancouver Rape Relief and Women's Shelter* était protégé en vertu de l'article 41 de la *Loi canadienne sur les droits de la personne*, une disposition permettant aux organismes d'adopter une politique d'accès exclusivement réservée aux femmes lorsque que les services qu'ils offrent se focalisent sur les intérêts et besoins de ces dernières. Ce cas illustre le défi d'offrir des services adaptés aux réalités trans dans un contexte de services en matière d'agressions sexuelles et de viol lorsque l'article 41 peut être interprétée de façon à exclure les femmes trans. Il est difficile de déterminer si Vancouver Rape Relief pourrait répondre aux besoins des personnes trans qui ne s'identifient pas comme femmes ou comment l'organisme serait en mesure de le faire. Or, l'ensemble des personnes trans

(et ce, peu importe à quoi ressemble leurs corps) sont victimes d'agressions sexuelles et de viol; beaucoup d'entre elles auraient besoin d'accéder à des services en matière d'agressions sexuelle et de viol ainsi qu'aux services d'avortement.

FAIT : Les expériences reproductives peuvent provoquer des sentiments de dysphorie pour les personnes trans.

VRAI. La grossesse est souvent considérée comme un aspect central de la féminité. Un individu ayant pris part à une étude réalisée en 1998 sur les hommes trans qui avait vécu une grossesse en Allemagne témoigna de son désir que cette dernière l'aiderait à élucider son identité de genre et lui permettrait de « devenir » une femme.⁵⁵ Justement, pour certaines personnes trans assignées femme à la naissance, l'idée de porter un enfant dans leur ventre représente une possibilité épouvantable qui ne concorde pas avec leur identité de genre.⁵⁶ D'autres expériences physiques – dont les menstruations et le développement de la poitrine pendant la puberté – peuvent être pénibles pour les mêmes raisons.⁵⁷

Même pour les personnes trans qui choisissent le chemin de la grossesse afin de devenir parents et/ou qui décident d'allaiter leurs enfants, ces expériences peuvent (sans toujours l'être nécessairement) provoquer une certaine tension interne et alimenter la dysphorie.⁵⁸ Cet impact s'explique à la fois par les aspects hormonaux et incarnés de ces expériences ainsi que par les façons dont ces dernières sont considérées comme relevant fondamentalement du vécu des femmes cisgenres sur le plan social, culturel et légal. Par conséquent, les fournisseurs de soins

médicaux, la famille, les amis et les autres individus peuvent remettre en question l'identité de genre d'une personne suite à sa décision de porter un enfant – une situation certaine de conduire à un nombre accru d'incidences de confusion et de mégenrage.⁵⁹

Les femmes cisgenres enceintes et allaitantes courent un risque accru de se faire maltraiter;⁶⁰ il en est également ainsi pour les personnes trans qui partagent ces mêmes circonstances. Comme les personnes trans sont perçues comme enfreignant les normes de genre et les rôles parentaux soi-disant « naturels », on peut penser que le risque encouru est considérablement plus élevé. En effet, en plus d'avoir été traité avec méfiance et dégoût alors qu'il était en train d'allaiter ses enfants, un père de Winnipeg du nom de Trevor MacDonald fut accusé d'abus.⁶¹ Dans un autre cas, un homme trans affirma avoir été agressé sauvagement par des ambulanciers à bord de leur véhicule lorsque ces derniers constatèrent qu'il était un homme enceint.⁶²





LES SERVICES D'AVORTEMENT AU CANADA ET L'AVORTEMENT POUR LES PERSONNES TRANS

A. LES SERVICES D'AVORTEMENT AU CANADA

Présentement, il n'y a pas de lois criminelles limitant l'accès à l'avortement au Canada. Bien qu'il en soit ainsi depuis l'arrêt de la Cour suprême dans l'affaire *R. c. Morgentaler* en 1988, le chemin vers la décriminalisation de cette intervention médicale n'a pas été sans embûches. Il en va ainsi pour les efforts effectués afin de permettre à l'ensemble de la population du Canada de pouvoir y accéder.

Dans sa décision rendue en 1988, la Cour suprême du Canada invalida l'article 351 du Code criminel qui limitait l'accès à l'avortement au Canada en obligeant les personnes concernées à obtenir la permission d'un « comité d'avortement thérapeutique » (CAT) afin d'interrompre une grossesse. Elle jugea que cette partie du Code criminel enfreignait l'article 7 de la Charte canadienne des droits et libertés car elle violait le droit à la sécurité de la personne. Suite à l'arrêt *Morgentaler*, le projet de loi C-41 fut élaboré afin de combler le vide juridique créé par l'inconstitutionnalité de l'article 351. Dans le cadre de ce projet de loi, tout avortement autre que ceux réalisés « par ou sous la supervision d'un praticien estimant que la santé ou la vie de la femme en question pourrait être menacée si celui-ci n'avait pas lieu » aurait constitué une infraction criminelle. Malgré le fait que ce projet de loi définissait la santé de façon plutôt large, ce dernier prévoyait une pénalité possible d'emprisonnement en cas de violation. Après avoir été adopté par la Chambre des communes, le projet de loi fut rejeté par le Sénat en raison d'un partage égal des voix.

En 1989, la Cour suprême du Canada clarifia dans l'affaire *Tremblay v. Daigle* que seule la personne enceinte pouvait décider d'interrompre sa grossesse et que personne d'autre ne pouvait intervenir au niveau juridique quant à son choix de mener sa grossesse à terme ou de subir un avortement. Depuis ce temps, des députés conservateurs d'arrière-ban ont régulièrement tenté de réouvrir le débat sur l'avortement – notamment en essayant d'accorder la personnalité juridique aux fœtus – mais ces efforts n'ont jamais porté fruit.

L'accès à l'avortement au Canada

En 1995, prenant appui sur les changements en matière d'avortement, la ministre fédérale de la Santé Diane Marleau déclara qu'il s'agissait d'une intervention médicalement nécessaire en raison de l'impact de la naissance et de la grossesse sur la santé et la vie des femmes. Cette formulation illustre le langage genré historiquement employé en lien à cette décision qui présume que seules les femmes ont des grossesses. En tant qu'intervention médicalement nécessaire, les services d'avortement offerts dans les cliniques et les hôpitaux doivent donc être entièrement accessibles et pris en charge par les régimes d'assurance-maladie provinciaux et territoriaux. Bien que ce changement aurait dû rendre l'avortement facile d'accès partout au pays, les services d'avortement sont toujours rares dans certaines régions et les personnes tentant d'obtenir un avortement au Canada continuent de faire face à d'importants obstacles.

Le nombre peu élevé de fournisseurs d'avortement au Canada contribue à la disponibilité limitée des services et aux barrières liées à l'emplacement géographique. Les services d'avortement sont seulement offerts par un hôpital sur six au Canada – ce qui veut dire que le nombre approximatif d'hôpitaux offrant ces services au pays se situe entre 90 et 100. Les points de services ne sont pas répandus de manière uniforme à travers la majorité des provinces et des territoires, et ce manque de couverture est parfois très prononcé: 7 provinces et territoires canadiens sur 13 comptent moins de trois fournisseurs d'avortement. Ces derniers se situent principalement dans les régions urbaines situées à moins de 150 km de la frontière américaine. Les personnes qui vivent au nord de cette région ou dans des endroits ruraux sont souvent contraintes de parcourir de grandes distances afin d'accéder à un fournisseur d'avortement. Même lorsqu'on habite à proximité d'un fournisseur, les limites de gestation peuvent obliger à voyager afin de trouver une clinique en mesure de les accommoder. Cette situation entraîne des temps de déplacement imprévus, des coûts d'hébergement et de déplacement et/ou des frais de garderie/de soins aux aînés. Au Canada, aucun.e praticien.ne n'effectue des avortements au-delà d'une limite de gestation de 24 semaines – certain.e.s peuvent parfois faire des exceptions en cas de sérieuses indications d'anomalies fœtales ou de risque pour la personne enceinte. Dans bien des provinces, l'avortement est seulement possible pendant les 14 premières semaines de la grossesse. Les personnes nécessitant un avortement au-delà de 24 semaines de grossesse doivent se rendre aux États-Unis, où moins de cinq cliniques réalisent des avortements au-delà de cette limite de gestation.

Inégalités provinciales en matière de couverture des coûts

Plusieurs autres écarts au niveau des provinces et des territoires canadiens influencent la capacité des gens d'accéder aux services d'avortement. Le Nouveau-Brunswick est la seule province canadienne où les avortements réalisés dans les hôpitaux sont entièrement couverts par le régime d'assurance-maladie provincial tandis que ceux réalisés en milieu clinique ne le sont pas. Les défenseurs des droits reproductifs militent actuellement afin d'abroger l'article de la Loi sur le paiement des services médicaux du Nouveau-Brunswick stipulant cette limitation. Du côté de l'Île-du-Prince-Édouard, ce n'est que depuis fin 2016 que les avortements sont effectués sur l'île après plusieurs décennies de militantisme du groupe Abortion Access Now PEI et leur menace d'intenter une poursuite contre la province. Par le passé, les insulaires devaient se rendre à Moncton (N.-B.) ou à Halifax (N.-É.) afin de se faire avorter.

La province compte maintenant un fournisseur d'avortement qui pratique sur l'île.

Au-delà des inégalités géographiques en matière d'accès aux fournisseurs de soins, le fait que l'avortement a longtemps figuré sur la liste de services exclus de l'entente de facturation réciproque au Canada a empêché de nombreuses personnes d'accéder aux services d'avortement à l'extérieur de leur province de résidence à moins d'en assumer elles-mêmes les frais. Malgré son retrait de la liste en 2015, la facturation réciproque n'est pas appliquée uniformément à travers l'ensemble des provinces et des territoires.

Quelles personnes sont les plus affectées par les barrières existantes?

Toutes les personnes ne vivent pas les barrières en lien aux services d'avortement de la même façon. Celles-ci affectent particulièrement les individus marginalisés – notamment les personnes à faible revenu, les personnes racisées, les personnes immigrantes, les personnes réfugiées dont le statut d'immigration précaire entrave ou retarde leur accès aux soins de santé publics et celles qui ne parlent pas anglais ou français. Les études font spécifiquement état d'une corrélation entre les niveaux de pauvreté élevés et une faible capacité d'accès aux services de santé reproductifs et sexuels⁶⁵. Les personnes qui ne peuvent pas se permettre d'accéder à des moyens de contraception sont plus susceptibles de nécessiter un avortement alors que celles qui habitent des communautés rurales et autochtones ont tendance à ne pas avoir de fournisseur d'avortement dans les environs.

L'accès aux services d'avortement est également restreint lorsque ces derniers ne sont pas inclusifs. La discrimination – tout comme le manque de pratiques inclusives explicites dans la prestation de services – peut inciter les personnes à retarder ou à se priver de services de santé nécessaires au point de mettre leur état général de santé en danger. Lorsqu'il s'agit de voir à leurs besoins en matière de santé reproductive, la situation est inquiétante pour les personnes jeunes, incarcérées, trans, non-conformistes dans le genre, racisées, autochtones, en situation de handicap ou possédant un IMC égal ou supérieur à 41.

Le fait d'assurer un accès équitable à la gamme complète de services de santé reproductive – dont l'avortement – nécessite également de tenir compte des barrières complexes auxquelles sont confrontées plusieurs populations et de chercher activement à les démanteler.

B. LES SERVICES D'AVORTEMENT POUR LES PERSONNES TRANS

L'énoncé de mission de la Coalition pour le droit à l'avortement au Canada englobe maintenant « les personnes transgenres capables de vivre une grossesse », ce qui représente une avancée importante et remarquable dans le domaine.⁶⁴

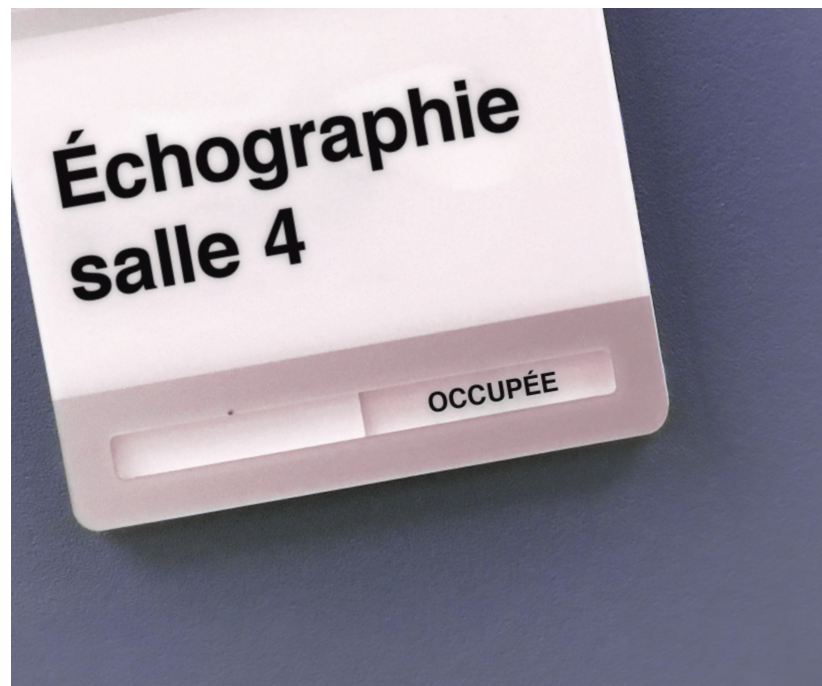
Outre l'avortement médical ou chirurgical, les personnes trans peuvent bénéficier de divers services offerts par les cliniques et les hôpitaux effectuant des avortements tels que l'aide psychologique en matière de contraception, le dépistage d'ITSS, le traitement et les tests de guérison relatifs à ces dernières ainsi que l'aide psychologique post-avortement. Les prestataires de services peuvent également renseigner leurs patient.e.s trans quant aux centres de santé sensibles aux réalités trans, aux services en matière de violence familiale et ainsi de suite. Les personnes trans assignées femme à la naissance (ainsi que les personnes trans assignées homme à la naissance ayant subi une vaginoplastie comprenant la construction d'un col de l'utérus) nécessitent également des examens pelviens et gynécologiques, notamment des PAP tests. Bien que certaines chirurgies soient disponibles au Canada, certaines personnes trans se déplacent à l'étranger pour obtenir d'autres soins chirurgicaux plus avant-gardistes tels la construction du col de l'utérus. Les professionnel.le.s de la santé doivent également être en mesure d'offrir des à ces personnes. Le personnel des cliniques d'avortement pourrait être en mesure de rappeler l'importance de ces examens à leurs patient.e.s, de les mettre en lien (ou de les aider à renouer) avec des services de santé et de leur fournir des ressources (p. ex. voir la campagne *Check It Out, Guys!* comprise dans la section Ressources de ce guide).

Outre les barrières décrites dans la section précédente, les personnes trans sont confrontées à des obstacles particuliers sur le plan des services d'avortement; en premier lieu, elles continuent de faire face à la réticence des fournisseurs de soins d'adapter leurs services afin d'inclure les réalités trans. Cette réalité est tout particulièrement apparente auprès des cliniques dotées de politiques « pour femmes seulement » où les fournisseur.e.s sont appelées à réconcilier ce cadre avec la possibilité de servir des patient.e.s qui ne s'identifient pas comme femmes.

Deux enjeux d'envergure émergent en lien à l'inclusion des réalités trans dans les espaces cliniques réservés aux femmes. En premier lieu, l'inclusion des femmes et des filles trans se doit d'être adressée. Le besoin de reconnaître les femmes trans *en tant que femmes* et d'inclure leurs expériences et leurs perspectives dans les politiques féministes⁶⁵ et les espaces pour femmes est pressant. À titre d'exemple, le *Trans Inclusion Policy Manual for Women's Organizations*⁶⁶ porte entièrement sur les stratégies en lien à l'inclusion des femmes trans dans les espaces réservés aux femmes. La réticence en lien à l'inclusion des femmes trans dans

les espaces réservés aux femmes et dans le féminisme est souvent fondée sur la désinformation ainsi que les attitudes et les opinions discriminatoires qui supposent que celle-ci représente une menace potentielle pour les femmes cisgenres.⁶⁷

D'autre part, il est nécessaire de concevoir l'inclusion des réalités trans au-delà de l'inclusion des femmes trans. Une clinique d'avortement se décrivant comme un espace réservé aux femmes pourrait, à titre d'exemple, encourager les femmes trans à postuler pour des emplois tout en dissuadant les hommes trans et les individus non-binaires de le faire. Il en va de soi que certains services (notamment les services d'avortement) sont d'abord et avant tout



des services corporels et doivent desservir la totalité des personnes possédant certaines particularités anatomiques. Une conception de l'inclusion des réalités trans qui se contente d'inclure les personnes en fonction de leur identité de genre n'est pas suffisante. Si les hommes trans et les individus non-binaires peuvent être patient.e.s, les endroits offrant des services d'avortement devraient également leur offrir la possibilité de devenir employé.e.s. Il est important pour votre milieu de travail de se doter d'un personnel représentatif de la diversité de votre clientèle; cela témoigne clairement de votre désir d'offrir des services sensibles aux réalités trans à vos patient.e.s potentiel.le.s et à l'ensemble de la communauté.



FAVORISER L'INCLUSION DES RÉALITÉS TRANS DANS UN CONTEXTE D'AVORTEMENT

A. SCÉNARIOS ET RECOMMANDATIONS AFIN DE SURMONTER LES OBSTACLES EN MATIÈRE DE SERVICES D'AVORTEMENT SENSIBLES AUX RÉALITÉS TRANS.

Cette section porte sur les expériences des personnes trans en lien aux services d'avortement. En mars 2012, Rainbow Health Ontario publia une fiche de renseignements sur les options reproductives des personnes trans qui comportait également un bref énoncé sur l'accès aux services d'avortement par ces dernières⁶⁸. Cette fiche a pour but de rappeler aux fournisseur.e.s d'avortement qu'ils doivent être prêt.e.s à soutenir et à défendre les droits de tout.e patient.e cherchant à interrompre une.

Cette section aborde plusieurs enjeux liés à l'accès et ce, au-delà des pronoms, des noms et de la terminologie. Elle porte sur l'accès aux services d'avortement dans son ensemble – de la recherche de renseignements jusqu'aux services post-avortement lorsque ceux-ci sont nécessaires. Bien que ces scénarios soient hypothétiques, ils sont représentatifs de la recherche menée sur les expériences d'accès aux soins des personnes trans.

Les difficultés éprouvées par Michael dans sa quête de services d'avortement adaptés aux réalités trans

Scénario :

Suite au retard de ses règles, Michael effectue un test de grossesse à domicile et apprend qu'il est enceint. Il effectue des recherches sur les services d'avortement

sur le Web. L'ensemble des sites des cliniques qu'il consulte présument que leurs patient.e.s sont des femmes et certaines de ces cliniques sont réservées aux femmes. Comme Michael ne s'identifie pas comme femme, il décide de ne pas contacter les cliniques réservées aux femmes et opte de prendre rendez-vous dans un autre endroit. La personne au téléphone est polie, mais l'informe rapidement qu'elle doit parler à la patiente désirant obtenir un avortement et lui demande de la mettre au téléphone. Michael tente d'expliquer qu'il est un homme trans et qu'il doit se faire avorter. L'employée de la clinique ne semble pas comprendre. Il lui explique donc qu'il fut assigné femme à la naissance et que sa carte d'assurance-maladie porte le nom de Michelle, mais qu'il s'identifie en tant qu'homme et qu'il aimerait prendre rendez-vous afin d'interrompre sa grossesse. Il finit par être capable d'obtenir un rendez-vous.

Obstacles:

Michael ne se voit pas représenté dans la documentation disponible sur les sites Web des cliniques qu'il consulte et prend une décision en fonction des endroits susceptibles de mieux le comprendre et le recevoir. Il veut également respecter les femmes cisgenres qui favorisent les espaces réservés aux personnes s'identifiant comme femme. Sa voix masculine pousse la personne avec qui il s'entretient au téléphone de demander à parler

directement à « la patiente elle-même », ce qui oblige Michael à expliquer sa situation et à justifier son besoin d'obtenir un rendez-vous en divulguant des renseignements sur ses organes génitaux, son identité de genre ainsi que sur les écarts entre son identité et l'information figurant sur ses documents d'assurance-maladie. Il ne se sent pas nécessairement à l'aise de partager ces renseignements au téléphone ou avec une personne autre que son médecin. La compétence de la clinique en matière de réalités trans ne lui inspire pas confiance, mais il conserve son rendez-vous car il a besoin des services médicaux spécifiques de cette dernière.

Recommandations:

- Les sites Web, les brochures et tout autre type de documentation produit par les cliniques devraient tenir compte du fait que les personnes trans ont besoin d'accéder aux services d'avortement. Cela peut être accompli en :
 - Actualisant le langage employé pour clarifier que les services « sont destinés à l'ensemble des personnes vivant une grossesse imprévue ou inattendue. »
 - Précisant que la clinique est ouverte aux femmes cisgenre ainsi qu'aux personnes trans dans son énoncé de mission ou dans la page « à propos » de son site Web.
 - Incluant des images de personnes et de familles trans..
- Plutôt que de demander à parler à la « patiente elle-même », une voix au timbre masculin devrait plutôt inciter les gens à demander : « Est-ce que je m'adresse à la personne désirant prendre rendez-vous? » Ainsi, Michael pourrait répondre par l'affirmative et se sentir encouragé par le fait que la personne n'a pas immédiatement présumé qu'il était le conjoint, le parent ou l'ami de la personne désirant prendre rendez-vous. Ainsi, Michael aurait une certaine assurance que la clinique est sensible au fait que certains hommes ont recours aux services d'avortement et qu'il n'est pas toujours possible de déterminer l'assignation sexuelle ou l'identité de genre d'un individu en fonction de sa voix.
- Les membres du personnel devraient être formés afin de répondre adéquatement à un patient trans qui leur divulgue son identité trans lors d'une conversation téléphonique. Suite au dévoilement de l'identité trans de Michael, la procédure de prise de rendez-vous aurait dû être suivie comme à l'habitude. L'employée aurait également pu se renseigner poliment quant aux pronomes de Michael et noter ces informations à son dossier.

Barkat et le mégenrage

Scénario :

Barkat est une personne *genderqueer* qui se présente à son rendez-vous en compagnie de son partenaire Ivan. Ille s'assoit dans un coin de la salle d'attente afin de compléter des documents – à côté de son nom, ille indique qu'il utilise le pronom « ille » et encercle ce renseignement. Ille remarque les petits drapeaux arc-en-ciel qui décoorent quelques-unes des plantes dans la salle et espère avoir une expérience positive. Le formulaire de consentement parle de vagins et énumère les risques encourus par un certain pourcentage de femmes. Lorsque le nom de Barkat se fait entendre, Ivan se lève afin de l'accompagner. Le conseiller dit alors : « Désolé, vous devez attendre ici. J'en ai pour une vingtaine de minutes avec elle. » Barkat attend de se trouver dans la salle de consultation avant de pointer du doigt le pronom « ille » d'encercle sur son dossier. Le conseiller s'excuse avant de l'encercle à nouveau. Le conseiller l'interroge quant aux moyens contraceptifs qu'il utilise et Barkat précise qu'il utilise des préservatifs, mais pas lors de chaque rapport. Le conseiller énumère alors des méthodes contraceptives alternatives en faisant constamment référence au vagin et au pénis. Barkat précise qu'il est trop jeune pour être parent et le conseiller remarque que le fait « d'être mère demande beaucoup de travail. » Barkat retourne dans la salle d'attente et raconte son expérience à Ivan.

Obstacles:

Barkat doit prendre l'initiative d'indiquer son pronom sur ses documents médicaux. Malgré cet effort, le conseiller ne prend pas note de ce renseignement et mégenre Barkat dans la salle d'attente publique. Bien que le conseiller encercle le pronom de Barkat à nouveau, ce dernier n'est pas convaincu que la prochaine personne à le voir se donnera la peine de le noter. Les termes utilisés par Barkat et Ivan afin de parler de leur anatomie ne figuraient dans le formulaire de consentement et ne furent pas utilisés par le conseiller. Bien que Barkat est probablement en mesure de déchiffrer les renseignements liés à l'usage des méthodes contraceptives, ille est susceptible de les ignorer car ille présume que les risques décrits ne concernent que les personnes cisgenres. La référence au fait « d'être mère » et non à la « parentalité » est également une instance de mégenrage.

Recommandations:

- Inclure un espace réservé aux pronoms sur les formulaires. Lorsque ce dernier est laissé blanc, incitez la personne à préciser quels pronoms elle utilise en demandant aux membres du personnel de se présenter. (« Salut, je m'appelle Alex et je suis infirmier ici. J'utilise les pronoms il et lui. Quels sont les tiens? »)
- Encourager le personnel à utiliser une multitude de pronoms ou à éviter le langage genré.
- Les symboles tels que les arcs-en-ciels et les images témoignant du caractère inclusif d'un espace signalent aux personnes queer et trans qu'elles sont les bienvenues. N'utilisez pas ces symboles si votre personnel n'est pas en mesure d'offrir des services inclusifs à l'ensemble des personnes queer et trans.
- Bien que les formulaires de consentement ne puissent pas être modifiés pour des raisons médico-légales, il est toutefois possible de rajouter une note lisant comme suit : « Nous reconnaissons que vous utilisez peut-être d'autres termes afin de parler de votre corps, des parties de votre corps, du corps de votre/vos partenaire(s) ou de ses/leurs propres parties du corps. Veuillez nous dire quelles expressions vous employez afin de les désigner. » Barkat et Ivan auraient ainsi été en mesure de spécifier qu'elles utilisent respectivement les termes « junk » et « clitdick » afin de parler de leurs organes génitaux, ce qui aurait permis au conseiller d'adapter ses propos en lien aux autres méthodes contraceptives en fonction de ces termes.
- Porter attention aux façons dont la grossesse, l'avortement et la parentalité sont définis comme des concepts genrés. Remplacer les énoncés sur les mères/la maternité/la paternité par des références aux parents et à la parentalité.

La mise en isolement de Moon

Scénario :

Après avoir enfilé une blouse médicale, on demande à Moon de patienter dans la salle d'attente préopératoire avec les autres patient.e.s avant son échographie. Immédiatement, Moon constate qu'une patiente, visiblement mal à l'aise, se tortille dans sa chaise en le dévisageant. La femme se lève et quitte la salle. Quelques instants plus tard, une infirmière arrive et demande à Moon de la suivre. On lui demande de patienter seul dans une salle de consultation plutôt que de rester dans la salle d'attente avec les autres personnes par souci de confidentialité. Moon a l'impression que sa présentation

de genre masculine a suscité un malaise chez l'autre patiente et qu'il est tenu à l'écart. Une fois l'opération terminée, il est placé dans une salle de réveil partagée qui contient six chaises séparées par des rideaux opaques. La patiente qui s'est plainte à son sujet occupe la chaise la plus éloignée. Alors que les rideaux de toutes les autres personnes présentes sont ouverts, l'infirmière s'assure de bien fermer ceux qui entourent la chaise de Moon après avoir vérifié l'état de ce dernier.

Obstacles:

Moon est isolé du reste des patient.e.s sous prétexte de protéger sa confidentialité et son intimité. Il n'a pas été consulté afin de savoir s'il souhaitait ce traitement aucune autre personne présente – y compris la patiente ayant émis la plainte – ne s'est faite proposer le même genre d'arrangement plus confidentiel. Moon estime que la clinique a privilégié la transphobie de l'autre patiente plutôt que de voir à son propre bien-être et faire en sorte de lui accorder un rendez-vous sécuritaire et sans jugement.

Recommandations:

- Le personnel doit être formé pour être prêt à recevoir des plaintes d'autres patient.e.s concernant la présence de personnes trans. On pourrait répondre à de telles plaintes par des clarifications telles que : « Cette clinique offre des services à l'ensemble des personnes qui en ont besoin. Cette personne est un.e patient.e, tout comme vous. » Il est important de voir à ce que ces plaintes soient traitées de la même façon que les incidences racistes ou toute autre situation où un.e patient.e fait preuve de discrimination à l'égard d'un.e autre.
- Si la confidentialité ou la sécurité d'une personne trans pose de sérieuses inquiétudes, le personnel peut être formé de façon à demander à la personne concernée si elle aimerait patienter dans un espace privé ou que les rideaux soient fermés autour d'elle dans une salle de réveil partagée. Le personnel doit s'attendre à ce que le patient.e dise non.

Kit et la transphobie en salle d'urgence

Scénario :

Kit a 15 ans et vit ouvertement son identité trans depuis trois ans. Il n'a pas eu ses règles depuis plusieurs semaines, mais cela ne l'a pas inquiété. Il a seulement appris qu'il était enceint il y a quelques jours lorsqu'il s'est évanoui à l'école et qu'il fut transporté à l'hôpital. Dans la salle d'urgence, on l'informa qu'il était enceint de

22 semaines. L'infirmière était choquée et ne fit aucun effort pour le cacher. « As-tu remarqué que tes règles avaient cessées? Est-ce que ton chum ne portait pas de condom? Tu es vraiment une fille mignonne même si tu t'habilles en gars. » Kit a besoin de se faire avorter, mais il ignore comment accéder à ce service. Il ne se sentait pas à l'aise de demander à l'infirmière à l'hôpital. Une fois de retour chez lui, il fait des recherches sur le Web et ne trouve rien de pertinent.

Obstacle:

Tout comme de nombreuses jeunes personnes trans, Kit n'a pas encore été éduqué quant à ses capacités reproductrices. Son absence de règles était quelque chose de souhaitable pour lui – c'est un garçon et il n'a pas envie d'avoir ses règles. Il se sent jugé par l'infirmière car celle-ci n'a pas reconnu qu'il était enceint et que son identité de genre était masculine. Cette dernière considère que la grossesse et l'avortement sont des expériences uniques aux femmes cisgenres et présume que Kit est un garçon manqué. Elle a également pris pour acquis que le partenaire de Kit est un garçon. Au final, Kit a l'impression de ne pas avoir le choix de mener sa grossesse à terme et que c'est de sa propre faute – s'il avait été une fille, il aurait su.

Recommandations:

- Les jeunes personnes trans sont souvent désavantagées sur le plan de la santé sexuelle et reproductive. Compte tenu du manque de ressources et d'occasions appropriées d'éducation pour les jeunes personnes trans, les prestataires de soins peuvent avoir le rôle de renseigner leurs patient.e.s trans sur leur santé sexuelle et leurs capacités reproductrices. Des campagnes portant sur les expériences des jeunes personnes trans pourraient être élaborées afin de combler cette lacune. Si Kit avait reçu une éducation sexuelle et reproductrice inclusive des réalités trans, il aurait eu les renseignements et le soutien nécessaires afin d'éviter sa grossesse ou de prendre conscience de cette dernière plus tôt.
- Les professionnel.le.s de la santé œuvrant dans des cliniques d'avortement et ailleurs doivent tenir compte de la diversité des réalités trans et du fait que la grossesse (l'avortement, la lactation, la menstruation, la production de sperme, la ménopause, etc.) ne sont pas des expériences propres aux femmes et aux hommes cisgenres. Les personnes trans peuvent notamment tomber enceintes, allaiter, produire du sperme et avoir des règles sans pour autant remettre en cause leur identité de genre.

Maxime évite la clinique et se retrouve dans une ambulance

Scénario :

Maxime est chez elle (contraction entre elle et lui) et deux jours se sont écoulés depuis qu'elle a pris du misoprostol. Pour ne pas se faire mégenrer, elle a décidé de ne pas se rendre à l'hôpital ou à la clinique et d'acheter le médicament en ligne. Soudainement, elle commence à saigner abondamment et la douleur est si importante qu'elle décide d'appeler une ambulance. Presque immédiatement, les ambulanciers se mettent à parler de Maxime comme s'elle n'était pas là – « Maxime, on va bien s'occuper de toi. On dirait qu'elle éprouve des saignements liés à un avortement, sa pression est de 80/50. Es-tu étourdie, Maxime? Tu ne voulais pas garder ton bébé? Préposé à l'appel, ici Mark. On a une femme de 35 ans avec nous qui éprouve possiblement des complications liées à un avortement. On va prendre la route d'ici deux minutes.»

Obstacles:

Comme de nombreuses personnes trans, Maxime a évité de consulter des professionnel.le.s de la santé de peur d'avoir une mauvaise expérience. Le saignement éprouvé par Maxime était typique d'un avortement médical, mais elle n'était pas en contact avec un fournisseur d'avortements qui aurait été en mesure de lui expliquer à quoi s'attendre et quels symptômes surveiller. Ce dernier aurait possiblement donné un numéro à Maxime à appeler en cas de complications. Le saignement inattendu a fait paniquer Maxime et elle a appelé une ambulance. Elle fut mégenré de façon constante par les ambulanciers lors du trajet.

Recommandations:

- Le fait d'avoir plus de renseignements en lien aux réalités trans ainsi que des services de santé plus inclusifs de ces dernières – notamment au niveau des soins de santé reproductive dont les services d'avortement – aurait permis à Maxime d'obtenir les soins nécessaires dans un délai raisonnable. Les personnes trans évitent ou tardent fréquemment d'accéder à des soins de santé par crainte de faire face à de la transphobie; dans ce cas-ci, Maxime a eu recours à des soins d'urgence car elle ignorait que les saignements qu'elle éprouvait étaient normaux suite à un avortement médical. Les sites Web portant sur les services d'avortement doivent se doter de renseignements en lien aux réalités trans.

B. ÉVALUATION DE L'OUVERTURE AUX RÉALITÉS TRANS

Suite à la lecture de ce manuel, l'échelle suivante⁶⁹ peut vous aider à évaluer le niveau d'ouverture aux réalités trans dans votre clinique ou de votre organisme. Certains éléments relèvent de l'ouverture institutionnelle aux réalités trans alors que d'autres concernent les sphères pédagogiques, interpersonnelles, personnelles ou encore l'image de l'hôpital ou de la clinique. Nous vous conseillons de demander à plusieurs membres de votre personnel de compléter cette évaluation afin de déterminer si les réponses sont consistantes et font état d'une compréhension et d'une culture commune d'inclusion des réalités trans. Des réponses inconsistantes pourraient indiquer que des structures supplémentaires doivent être mises en place pour que votre personnel soit adéquatement outillé afin d'adopter des politiques et des lignes directrices inclusives des réalités trans. Elles pourraient également permettre d'identifier des lacunes au niveau du savoir, une mauvaise connaissance des politiques et des lignes directrices inclusives des réalités trans, la nécessité de mener des formations et d'adopter des cadres de soutien particuliers ou encore les barrières potentielles auxquels les patient.e.s pourraient être confronté.e.s en accédant aux services offerts par l'organisme.

1= Fortement en désaccord 2= En désaccord 3= D'accord 4= Fortement d'accord NSP= Ne sait pas NA= Non applicable

Point d'intérêt	1	2	3	4	NSP	NA
Le conseil d'administration ou le personnel de direction de l'hôpital ou de la clinique dispose de politiques, de lignes directrices, de règlements administratifs ou de d'autres directives claires afin de travailler avec des employés trans ou en transition. (Institutionnel)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le conseil d'administration ou le personnel de direction de l'hôpital ou de la clinique dispose de politiques, de lignes directrices, de règlements administratifs ou de d'autres directives claires afin de travailler avec des patient.e.s trans ou en transition . (Institutionnel)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L'hôpital/la clinique possède une politique d'embauche qui encourage les personnes trans à postuler pour des emplois. (Institutionnel)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L'hôpital/la clinique dispose de formulaires et, le cas échéant, des avenues nécessaires pour que les patient.e.s puissent informer le personnel des pronoms et du nom qu'ils utilisent lorsque ce dernier diffère de leur nom légal. (Institutionnel)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L'hôpital/la clinique possède des toilettes non-genrées. (Institutionnel)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L'hôpital/la clinique possède une politique visant à préserver la confidentialité des patient.e.s trans et à respecter la vie privée de ces derniers. (Institutionnel)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L'hôpital/la clinique possède des lignes directrices et des mécanismes de soutien afin de permettre au personnel de gérer les patient.e.s qui s'inquiètent de la présence d'un patient trans dans l'espace, y compris dans la salle de changement, les toilettes, la salle d'attente et la salle de réveil. (Institutionnel)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L'hôpital/la clinique possède des affiches et d'autres images représentant une multitude d'identités de genres et indiquant qu'il s'agit d'un espace inclusif pour les personnes trans. (Institutionnel)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L'hôpital/la clinique fournit des lignes directrices au personnel afin de s'assurer que la prise de rendez-vous et les autres tâches administratives englobent les réalités trans et évitent d'employer un vocabulaire sexospécifique et de se fier strictement à l'identité de genre perçue des patient.e.s. (Institutionnel)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le personnel et les administrateurs de l'hôpital/de la clinique sont adéquatement formés afin d'offrir des services d'avortement adaptés aux réalités trans, y compris en matière d'éducation sexuelle (Pédagogique)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Point d'intérêt	1	2	3	4	NSP	NA
Le personnel et les administrateurs de l'hôpital/de la clinique ont l'occasion de suivre des programmes de perfectionnement professionnel afin d'améliorer leurs compétences liées au fait de travailler avec des patient.e.s trans. (Pédagogique)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le personnel de l'hôpital/de la clinique se conforme aux demandes des patient.e.s trans d'être adressés par le nom et les pronoms qu'ils souhaitent utiliser. (Interpersonnel)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le personnel de l'hôpital/de la clinique est prêt à se renseigner auprès des patient.e.s trans quant au vocabulaire qu'ils utilisent afin de désigner leur anatomie et à employer ces termes dans l'ensemble de leurs échanges, y compris dans les notes officielles du personnel infirmier et des médecins dans la mesure du possible. (Interpersonnel)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le personnel de l'hôpital/de la clinique est prêt à adresser la transphobie et le cissexisme, et ce, peu importe si ces commentaires ou ces comportements proviennent de patient.e.s ou de d'autres membres du personnel. (Interpersonnel)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le site Web de l'hôpital/de la clinique comporte un énoncé de mission, un énoncé de valeurs, et/ou une liste d'objectifs qui mentionne de façon explicite l'offre de services d'avortement aux personnes trans. (Image)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le nom de l'hôpital/de la clinique suggère que les patient.e.s de tous les genres sont les bienvenu.e.s (c.-à-d. qu'ils ne font pas explicitement référence aux femmes). (Image)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le site Web de l'hôpital/de la clinique est cohérent et consistant quant à l'emploi d'un vocabulaire inclusif des diverses identités de genre, y compris dans les traductions des documents disponibles sur le site (formulaires de consentement, descriptions des rendez-vous, etc.). (Image)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je me sens à l'aise de discuter de la complexité du genre en ce qui concerne les soins de santé sexuels et reproductifs dans mon rôle, d'infirmier(ère), de médecin, de conseiller(ère), de réceptionniste, etc. (Interne)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je me sentirais à l'aise d'intervenir si j'étais témoin de commentaires ou de comportements transphobes par d'autres membres du personnel ou par des patient.e.s. (Interne)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dans notre hôpital/clinique, il est sécuritaire pour moi d'être moi-même. (Interpersonnel, interne)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dans notre hôpital/clinique, il serait sécuritaire pour un membre du personnel de s'affirmer en tant que trans – physiquement, émotionnellement et dans le cadre de son travail. (Institutionnel, interpersonnel, interne)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je pense avoir fait mon propre cheminement personnel en explorant les thématiques liées au genre et leurs enjeux liés à notre travail dans la clinique/l'hôpital, y compris la grossesse, les agressions sexuelles, la santé sexuelle, les idées autour des structures parentales et familiales, etc. (Interne)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Existe-t-il d'autres aspects de votre clinique/votre hôpital ou organisation qui méritent d'être discutés concernant la présence ou de l'absence de pratiques adaptées aux réalités trans et de genre?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

En vous basant sur cette évaluation, quelles sont les sphères où les pratiques et les politiques pourraient être changées à l'échelle de l'organisation afin de favoriser des conditions plus inclusives des réalités du personnel et des patient.e.s trans?

En vous basant sur cette évaluation, quelles dimensions de votre propre travail pourraient être améliorées ou modifiées afin de permettre un espace plus inclusif des réalités du personnel et des patient.e.s trans?

Quel est le niveau de consistance des réponses recueillies au sein de votre organisme?

Cette évaluation vous a-t-elle permis d'identifier des barrières imprévues ou domaines particulièrement préoccupants auxquels vous n'aviez jamais songé?

Quelles sont les secteurs de votre organisme qui pourraient être renforcées afin de vous permettre d'offrir un espace et des services encore plus inclusifs des réalités trans?

CONCLUSION

Merci d'avoir pris le temps de consulter ce guide. Nous espérons qu'il vous a été pertinent et utile. En tant que fournisseurs de soins, vous êtes dans une position privilégiée pour contribuer à la création de services d'avortement sensibles aux réalités trans et de faire de votre clinique, de votre hôpital ou de votre endroit de travail un milieu accueillant où les personnes trans peuvent obtenir des soins compétents et accueillants.

Si l'idée d'adapter ce guide en fonction d'un autre contexte provincial ou territorial vous intéresse, la grande majorité de son contenu peut être reproduite à l'exception de deux sections particulières :

- Section 3 - ajouter des renseignements propres à la province concernée en ce qui concerne les démarches nécessaires afin d'accéder à la reconnaissance de genre légale et spécifier si ces dernières comprennent des opérations génitales menant à l'infertilité.
- Section 8 - ajouter des organismes de santé reproductive et sexuelle desservant la province concernée.



RESSOURCES POUR VOUS ET POUR VOS PATIENT.E.S

Action Canada pour la santé et les droits sexuels—Action Canada est un organisme de bienfaisance pro-choix travaillant à l'échelle nationale et internationale pour accroître l'accès à des informations et des services de qualité en matière de santé sexuelle et reproductive et à une éducation sexuelle complète au Canada et à l'échelle mondiale. Action Canada abrite la ligne Access, un numéro sans frais de 24 heures au Canada qui fournit des informations sur la santé reproductive et sexuelle et les recommandations sur les options de grossesse. Iels gèrent également le Fonds d'Urgence Norma Scarborough afin d'aider les gens à construire des plans d'accès qui répondent aux obstacles complexes auxquels ils sont confrontés.

www.sexualhealthandrights.ca

Action Santé Travesties et Transsexuel(le)s du Québec—ASTTeQ est un groupe communautaire de santé trans qui a lancé un guide de santé trans pour les fournisseurs de soins de santé et de services sociaux appelés Taking Charge. Il est disponible en anglais et en français

www.santetranshealth.org/jemengage/en

Check it Out, Guys! (en anglais)—Une campagne créée par les hommes trans, les fournisseurs de soins de santé alliés et le Centre de santé Sherbourne afin de discuter des tests pap pour les hommes trans. Leur site Web comprend une feuille de conseils en lien à l'offre de tests pap pour les hommes trans; les 13 suggestions qu'elle comporte s'avèreraient fort utiles pour le personnel infirmier et médical œuvrant dans les cliniques d'avortement.

www.checkitoutguys.ca

Journée mondiale d'action pour l'accès à l'avortement sécuritaire et légal : Démystifions les choses (en anglais)—Ce graphique vise à dissiper le mythe selon lequel seules les femmes ont besoin d'accéder à des avortements sûrs et légaux. Il identifie certains des défis auxquels sont confrontées les personnes ayant accès aux services d'avortement, notamment les normes patriarcales, les stéréotypes de genre injustifiés, le sexisme et le cissexisme

www.september28.org/wp-content/uploads/2015/08/Infographic-7-final.png

I'm a Man, and I Had an Abortion (en anglais)—Un billet de blogue rédigé par un homme trans qui a vécu une grossesse non désirée et a cherché des services d'avortement.

www.bellejar.ca/2015/10/14/guest-post-im-a-man-and-i-had-an-abortion

Coalition des familles LGBT—La Coalition des familles LGBT préconise la reconnaissance juridique et sociale des familles LGBT. Il s'agit d'un groupe bilingue de parents et de futurs parents LGBT qui se réunissent afin d'échanger des renseignements, de partager des ressources et de s'amuser avec leurs enfants..

www.familleslgbt.org

LGBTQ Parenting Network (en anglais)—Le LGBTQ Parenting Network est un programme du Centre de santé Sherbourne. Il favorise le parentage lesbien, gai, bisexuel, trans et *queer* par la formation, la recherche, le développement de ressources et l'organisation communautaire. Il travaille avec des individus, des organisations et des communautés au niveau local ainsi qu'à l'international. La partie *Trans Parenting* de leur site Web comprend une section sur le projet *Trans Family Law* et le rapport de projet *Transforming Family*, un projet de recherche communautaire sur les expériences parentales des personnes trans.

www.lgbtqpn.ca

Primed² : un guide sexuel pour les hommes trans qui aiment les hommes—La première ressource de santé sexuelle rédigée par et pour hommes trans gais, bis et *queer*. Il a été publié pour la première fois en 2007 et mis à jour en 2015. Issu d'une évaluation des besoins en matière de santé sexuelle des hommes trans gais, bis et *queer* menée à l'échelle de l'Ontario, *Primed²* est axé sur la diversité de nos corps, de nos désirs et de nos sexualités. Cette ressource suscitera des discussions sur les nombreuses façons dont les hommes trans ont des rapports sexuels et nos manières d'interagir avec nos communautés d'hommes gais et *queer*.

library.catie.ca/PDF/ATI-20000s/24655.pdf

Rainbow Health Ontario Fact Sheet: Reproductive Options for Trans People (en anglais)—Cette fiche d'information offre des renseignements sur les options reproductrices pour les personnes trans intéressées par l'hormonothérapie ou des chirurgies. Le fait de se renseigner et de discuter des options reproductrices est une composante essentielle du consentement aux soins liés à la transition ainsi que des normes de soins de la World Professional Association for Transgender Health concernant les personnes transsexuelles, transgenres et non-conformistes de genre.

www.rainbowhealthontario.ca/admin/contentEngine/contentDocuments/Reproductive_Options_for_Trans_People_final.pdf

Trans Pregnancy and Abortion Resource (en anglais)—Ce blogue américain a pour but de fournir des informations inclusives et pertinentes sur une gamme complète d'options reproductrices pour les personnes trans. Il offre notamment des renseignements sur les prestataires de services alliés de la communauté trans ainsi que sur la grossesse et l'avortement spécifiques aux réalités trans.

<http://t-par.tumblr.com>

Le documentaire Transforming Family—Réalisé par Rémy Huberdeau, *Transforming Family* est un film documentaire qui donne la parole à des personnes trans au sujet de la parentalité. Ce film dresse un beau portrait de la résilience des parents (et des futurs parents) transsexuels, transgenres et *genderfluid* en Amérique du Nord aujourd'hui ainsi que des luttes et des enjeux auxquels ces derniers sont confrontés. Il a été traduit en six langues et est disponible en version anglaise originale, en français, en espagnol latino-américain, en portugais, en allemand, en russe et en japonais. Ce court-métrage a donné naissance à un long-métrage documentaire intitulé *Transgender Parents*.

www.vimeo.com/44619131 and www.transgenderparentsdoc.com/transformingfamily

Trans Bodies, Trans Selves: a resource for the transgender community (en anglais)—Guide de ressources pour les personnes trans portant sur la santé, les questions juridiques, culturelles et sociales, l'histoire, la théorie et plusieurs autres thématiques. C'est un endroit où les personnes trans, les personnes en questionnement quant à leur genre, les partenaires et les familles de ces dernières, les étudiant.e.s, les enseignant.e.s et le reste de la collectivité peuvent obtenir des renseignements d'actualité sur les réalités trans. Le chapitre 12 porte sur les questions de santé sexuelle et reproductive.

<http://transbodies.com>

ORGANISMES QUÉBÉCOIS DE SANTÉ REPRODUCTIVE, DE SANTÉ SEXUELLE ET D'AIDE AUX PERSONNES TRANS

ASTT(E)Q: ACTION SANTÉ TRAVESTI(E)S ET TRANSSEXUEL(LE)S DU QUÉBEC

Site web : www.astteq.org
300 Ste. Catherine, Montreal, Qc
514-847-0067 extension 207
info@astteq.org

CENTRE FOR GENDER ADVOCACY

Site web : deslutttesgenres.org
2110 Mackay, Montreal, Qc
514.848.2424
extension - 7431 (General Inquiries)
extension - 7880 (Peer Support)
info@centre2110.org (Administration)
psa@centre2110.org (Peer Support)

STELLA

Site web : chezstella.org
2065 Parthenais street, Suite 404,
Montreal, Qc.
514.285.8889
stellapp@videotron.ca

PROJECT 10

Site web : <http://p10.qc.ca/?lang=fr>
2075 rue Plessis #307, Montreal, Qc.
514.989.4585 (Listening Line)
514.989.0001 (Administration)
questions@p10.qc.ca

AIDE AUX TRANS DU QUÉBEC (ATQ)

Site web : www.atq1980.org

Administration

admin@atq1980.org
855-909-9038 #2

Ligne d'écoute et de références

ecoute@atq1980.org
514-254-9038
Toll free : 1-855-909-9038

Groupe Région Québec

855-909-9038 #3
groupe_quebec@atq1980.org
admin@atq1980.org

RÉZO

Site web : www.rezosante.org
2075, rue Plessis, local 207, Montreal, Qc.
514-521-7778



NOTES DE FIN D'OUVRAGE

Ces notes de fin d'ouvrage appuient les faits présentés dans ce guide. Si vous aimeriez en apprendre plus sur ces enjeux, nous avons inclus une liste de lectures supplémentaires qui englobe l'ensemble de ces problématiques et bien plus encore. Vous pouvez télécharger cette liste sur le site Web de la FQPN à l'adresse suivante : http://www.fqpn.qc.ca/?attachment_id=3871

- 1 Colen, S. (1995). Like a mother to them: Stratified reproduction and West Indian childcare workers and employers in New York. In F. D. Ginsburg & R. Rapp (Eds.), *Conceiving the new world order: The global politics of reproduction* (pp. 78-102). Berkeley: University of California Press.
- 2 Ce glossaire est directement tiré des ressources supplémentaires de la série d'ateliers *Promoting Trans Literacies* et fut élaboré par des étudiants trans de l'Université de la Colombie-Britannique. Il s'agit d'une version actualisée du glossaire de septembre 2016 disponible à l'adresse suivante : http://grsj.arts.ubc.ca/get-involved/promoting-trans-literacies/supplementary-resource-handout-2016_09_26/. Les sections de ce guide portant sur les principes directeurs et le fait de « se tromper » furent également tirées des ressources supplémentaires de la série d'ateliers *Promoting Trans Literacies*
- 3 Proulx, G. (2015). "Un français plus neutre : utopie?" Radio-Canada.ca, 3 décembre. <http://ici.radio-canada.ca/nouvelle/752820/identites-sexuelles-trans-genres-francais-difficultes>.
- 4 Jolles, M. (2012). Between embodied subjects and narrative somaesthetics. *Hypatia*, 27(2), 301-318.
- 5 Berger, A. P., Potter, E. M., Shutters, C. M. & Imborek, K. L. (2015). Pregnant transmen and barriers to high quality healthcare. *Proceedings in Obstetrics and Gynecology*, 5(2), 1-12.
- 6 Spade, D. (2011). About purportedly gendered body parts. *DeanSpade.Net*, Tiré de <http://www.deanspade.net/2011/02/03/about-purportedly-gendered-body-parts/>
- 7 MacDonald, T., Noel-Weiss, J., West, D., Walks, M., Biener, M., Kibbe, A. & Myler, E. (2016). Transmasculine individual's experiences with lactation, chestfeeding, and gender identity: A qualitative study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 16(106), 1-17.
- 8 Ware, S. M. (2009). Boldly Going Where Few Men Have Gone Before: One Trans Man's Experience. In R. Epstein (Ed) *Who's Your Daddy? And Other Writings on Queer Parenthood* (pp. 65-72). Toronto, ON: Sumach Press.
- 9 Califia-Rice, P. (2000). "Family Values: Two dads with a difference – neither of us was born male." *The Village Voice*, June 20. <http://www.villagevoice.com/2000-06-20/news/family-values/>
- 10 Pelletier, G. & Green, F. (2015). Introduction. In F. Green and G. Pelletier (Eds). *Essential Breakthroughs: Conversations about Men, Mothers & Mothering*, pp. 1-13. Bradford, ON: Demeter Press.
- 11 Lowik, A. (2015). The Ties that Bind are Broken: Trans* Breastfeeding Practices, Ungendering Body Parts and Unsexing Parenting Roles. In F. Green and G. Pelletier (Eds.) *Essential Breakthroughs: Conversations about Men, Mothers & Mothering*, pp. 205-221. Bradford, ON: Demeter Press.
- 12 Light, A. D., Obedin-Maliver, J., Sevelius, J. & Kerns, J. (2014). Transgender men who experienced pregnancy after female-to-male gender transitioning. *Obstetrics and Gynecology* 124(6): 1120-1127.
- 13 *Ibid.*
- 14 Lothstein, L. (1988). Female-to-male transsexuals who have delivered and reared their children. *Annals of Sex Research*, 1, 151-166.
- 15 More, S. D. (1998). The pregnant man-an oxymoron? *Journal of Gender Studies*, 7(3), 319-328.
- 16 Murphy, T. (2015). Assisted Gestation and Transgender Women. *Bioethics* 29(6): 389-397.
- 17 Bauer, G. R., Hammond, R., Travers, R., Kaay, M., Hohenadel, K. M., & Boyce, M. (2009). "I don't think this is theoretical; this is our lives": How erasure impacts health care for transgender people. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 20(5), 348-361.
- 18 *Ibid.*
- 19 Rapid Response Service. (2014). *Rapid Response: Facilitators and barriers to health care for lesbian, gay and bisexual (LGB) people*. Toronto, ON: Ontario HIV Treatment Network.

- 20 Gorton, N. (2013). Transgender as Mental Illness: Nosology, Social Justice, and the Tarnished Golden Mean. In S. Stryker & A. Aizura (Eds.) *The Transgender Studies Reader 2*, pp. 644-654. New York, NY: Routledge.
- 21 Cromwell, J. (1999). *Transmen and FTMs: Identities, Bodies, Genders and Sexualities*. Chicago, IL: University of Illinois Press.
- 22 More, S. D. (1998). The pregnant man-an oxymoron? *Journal of Gender Studies*, 7(3), 319-328.
- 23 T'Sjoen, G., Caenegem, E. V. & Wierckx, K. (2013). Transgenderism and reproduction. *Current Opinion in Endocrinology, Diabetes and Obesity*, 20(6), 575-579.
- 24 Surkan, K. J. (2013). FTM in the fertility clinic: Troubling the gendered boundaries of reproduction. Paper presentation at *Probing Boundaries of Reproduction: Origins, Bodies, Transitions, Futures*, 1st Global Conference, les 12 et 13 mai, Prague, République Tchèque.
- 25 Verlinden, J. (2012). Transgender bodies and male pregnancy: The ethics of radical self-refashioning. In M.M. Hampf & M. Snyder-Korber (Eds.) *Machines: Bodies, Genders and Technologies*, (pp. 107-136). Heidelberg.
- 26 Sharpe, A. N. (2007). A critique of the Gender Recognition Act 2004. *Bioethical Inquiry*, 4, 33-42.
- 27 TGEU Transgender Europe - cartes et autres ressources disponibles au <http://www.tgeu.org/>
- 28 World Professional Association for Transgender Health (2015, January 19). *2015 WPATH Statement on Identity Recognition*. Retrieved from <http://www.wpath.org>
- 29 World Health Organization. (2014). Eliminating Forced, Coercive and Otherwise Involuntary Sterilization: An Interagency Statement. OHCHR, UN Women, UNAIDS, UNDP, UNFPA, UNICEF and WHO. Retrieved <http://www.unfpa.org/resources/eliminating-forced-coercive-and-otherwise-involuntarysterilization>
- 30 An Act Respecting the Change of Name and of Other Particulars of Civil Status, RSQ, c C-10, CanLII: <https://www.canlii.org/en/qc/laws/stat/rsq-c-c-10/latest/rsq-c-c-10.html>
- 31 Sharpe, A. (2000). Transgender jurisprudence and the spectre of homosexuality. *The Australian Feminist Law Journal* 14, 23-37.
- 32 von Doussa, H., Power, J., & Riggs, D. (2015). Imagining parenthood: The possibilities and experiences of parenthood among transgender people. *Culture, Health & Sexuality*, 17(9), 1119-1131.
- 33 Murphy, T. (2012). The ethics of fertility preservation in transgender body modifications. *Bioethical Inquiry*, 9, 311-316.
- 34 De Sutter, P., Verschoor, K. K., & Hotimsky, A. (2002). The desire to have children and the preservation of fertility in transsexual women: a survey. *International Journal of Transgenderism* 6(3), 215-221.
- 35 Wierckx, K., Van Caenegem, E., Pennings, G., Elaut, E., Dedecker, D. Van de Peer, F., Weyers, S., De Sutter, P. & T'Sjoen, G. (2012). Reproductive wish in transsexual men. *Human Reproduction*, 27, 483-487.
- 36 James-Abra, S., Tarasoff, L.A., green, d., Epstein, R., Anderson, S., Marvel, S., Steele, L.S. & Ross, L.E. (2015). Trans people's experiences with assisted reproduction services: A qualitative study. *Human Reproduction*, 1-10.
- 37 De Sutter, P., Verschoor, K. K., & Hotimsky, A. (2002). The desire to have children and the preservation of fertility in transsexual women: a survey. *International Journal of Transgenderism* 6(3), 215-221.
- 38 Nixon, L. (2013). The right to (trans)parent: A reproductive justice approach to reproductive rights, fertility, and family-building issues facing transgender people. *William and Mary Journal of Women and the Law*, 20(1), 73-103.
- 39 Cárdenas, M. (2016). Pregnancy: Reproductive Futures in Trans of Color Feminism. *TSQ: Transgender Studies Quarterly* 3(1-2): 48-57.
- 40 *Ibid.*
- 41 Murphy, T. (2012). The ethics of fertility preservation in transgender body modifications. *Bioethical Inquiry*, 9, 311-316.
- 42 von Doussa, H., Power, J., & Riggs, D. (2015). Imagining parenthood: The possibilities and experiences of parenthood among transgender people. *Culture, Health & Sexuality*, 17(9), 1119-1131.
- 43 Murphy, T. (2012). The ethics of fertility preservation in transgender body modifications. *Bioethical Inquiry*, 9, 311-316.
- 44 Baetens, P., Camus, M., & Devroey, P. (2003). Should requests for donor insemination on social grounds be expanded to transsexuals? *Reproductive Biomedicine Online*, 6, 281-286.

- 45 Murphy, T. (2012). The ethics of fertility preservation in transgender body modifications. *Bioethical Inquiry*, 9, 311-316.
- 46 Pyne, J., Bauer, G., & Bradley, K. (2015). Transphobia and other stressors impacting trans parents. *Journal of LGBT Family Studies*, 11(2), 107-126.
- 47 *Ibid.*
- 48 James-Abra, S., Tarasoff, L.A., green, d., Epstein, R., Anderson, S., Marvel, S., Steele, L.S. & Ross, L.E. (2015). Trans people's experiences with assisted reproduction services: A qualitative study. *Human Reproduction*, 1-10
- 49 Hines, S. (2006). Intimate transitions: Transgender practices of partnering and parenting. *Sociology*, 40, 353-371.
- 50 Pyne, J. (2012). *Transforming family: The struggles, strategies and strengths of trans parents*. Toronto, Ontario, Canada: Centre de santé Sherbourne.
- 51 Pyne, J. (2013). Complicating the truth of gender: Gender literacy and the possible worlds of trans parenting. In F. Green & M. Friedman (Eds.), *Chasing rainbows: Exploring gender fluid parenting practices* (pp. 127-144). Toronto, Ontario, Canada: New Demeter Press.
- 52 Ryan, M. (2009). Beyond Thomas Beatie: Trans Men and the New Parenthood. In R. Epstein (Ed.) *Who's Your Daddy? And Other Writings on Queer Parenthood* (pp. 139-150). Toronto, ON: Sumach Press.
- 53 Lothstein, L. (1988). Female-to-male transsexuals who have delivered and reared their children. *Annals of Sex Research*, 1, 151-166.
- 54 Boyle, C. (2011). A human right to group self-identification? Reflections on Nixon v. Vancouver Rape Relief. *Canadian Journal of Women and the Law*, 23(2), 488-518.
- 55 More, S. D. (1998). The pregnant man-an oxymoron? *Journal of Gender Studies*, 7(3), 319-328.
- 56 Obedin-Maliver, J. & Makadon, H.J. (2015). Transgender men and pregnancy. *Obstetric Medicine*, 0(0), 1-5.
- 57 Davy, Z. (2011). *Recognizing transsexuals: Personal, political and medicolegal embodiment*. Ashgate Publishing Limited: Surrey.
- 58 *Ibid.*
- 59 Ware, S. M. (2009). Boldly Going Where Few Men Have Gone Before: One Trans Man's Experience. In R. Epstein (Ed) *Who's Your Daddy? And Other Writings on Queer Parenthood* (pp. 65-72). Toronto, ON: Sumach Press.
- 60 Van Esterik, P. (1994). Breastfeeding and Feminism. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 47 Supplement, 41-54.
- 61 Lowik, A. (2015). The Ties that Bind are Broken: Trans* Breastfeeding Practices, Ungendering Body Parts and Unsexing Parenting Roles. In F. Green and G. Pelletier (Eds.) *Essential Breakthroughs: Conversations about Men, Mothers & Mothering*, pp. 205-221. Bradford, ON: Demeter Press.
- 62 Graff, E.J. (2015). Real Men Give Birth. *Gay with Kids*. Tiré de <https://gayswithkids.com/real-men-give-birth/>
- 63 United Nations Economic and Social Council. (2016). General comment no. 22 on the right to sexual and reproductive health (article 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights). Retrieved http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=E%2fC.12%2fGC%2f22&Lang=en
- 64 Abortion Rights Coalition of Canada Mission Statement - <http://www.arcc-cdac.ca/mission.html>
- 65 Scott-Dixon, K. (2006). *Trans/forming Feminisms: Transfeminist Voices Speak Out*. Toronto, ON: Sumach Press.
- 66 Darke, J. & Cope, A. (2002). Trans Inclusion Policy Manual for Women's Organizations. *The Trans Alliance Society*. Vancouver, C.-B.
- 67 Gottschalk, L H. (2009). Transgendering Women's Space: A Feminist Analysis of Perspectives from Australian Women's Services. *Women's Studies International Forum* 32: 167-178.
- 68 Rainbow Health Ontario, CAMH, LGBTQ Parenting Network. (2012). "RHO Fact Sheet: Reproductive Options for Trans People." Toronto, ON. Tiré de http://www.rainbowhealthontario.ca/admin/contentEngine/contentDocuments/Reproductive_Options_for_Trans_People_final.pdf
- 69 Cette évaluation est basée sur le *Gender Inclusive Assessment* de Gender Spectrum, un outil conçu afin de mesurer l'inclusion en matière de genre dans les milieux scolaires. Tiré de <https://www.genderspectrum.org/resources/education-2/>



Fédération du Québec pour le planning des naissances (FQPN)
fqpn.qc.ca