

**EXPÉRIENCE DES PARENTS 2ELGBTQIA+ FRANCOPHONES VIVANT EN
SITUATION LINGUISTIQUE MINORITAIRE PENDANT LA TRANSITION À LA
PARENTALITÉ**

JACQUELINE AVANTHAY STRUS

Thèse soumise à l'Université d'Ottawa
Dans le cadre des exigences du programme
Doctorat en Philosophie, Sciences infirmières

École des sciences infirmières
Faculté des sciences de la santé
Université d'Ottawa

Table des matières

Liste des figures et tableaux.....	iv
Légende et abréviations	v
Résumé.....	vi
Remerciements	ix
Introduction	1
Chapitre 1 : Problématique de recherche	4
Contexte	4
Questions de recherche.....	12
Position épistémologique	12
Chapitre 2 : Recension des écrits.....	17
Procédures de recherche documentaire	17
Définitions.....	21
Sexualité : un droit humain	28
Enjeux de santé et bien-être au sein des communautés 2ELGBTQIA+	30
Transition à la parentalité.....	34
Invisibilisation des personnes 2ELGBTQIA + et les professionnels de la santé	50
Chapitre 3 : Cadre théorique	53
Pluralité paradigmatique	53
Lefebvre	54
Anzaldùa	64
Géographies d'exclusion et notions de risque.....	77
Chapitre 4 : Considérations méthodologiques	79
Devis de recherche.....	79
Milieu, préparation de terrain, population, recrutement, échantillon	83
Collecte des données	86
Analyse des données	88
Critères de rigueur.....	94
Chapitre 5 : Présentations des résultats et analyse	97
Profil des participant.e.s.....	100
Transition à la parentalité.....	102
Conciliation des rôles.....	115
Navigation de l'espace.....	129
Création d'un espace.....	149
Résumé des résultats	158

Chapitre 6 : Discussion	161
Conclusion	185
Références.....	188
Annexe 1: Déclaration des droits sexuels.....	221
Annexe 2: Guide d’entrevue.....	222
Annexe 3: Lettre d’appui Collectif LGBTQ* du Manitoba	224
Annexe 4: Contenu de l’affiche pour diffusion sur site du Collectif.....	226
Annexe 5 : Lettre d’invitation	227
Annexe 6: Questionnaire sociodémographique	229
Annexe 7 : Certificat éthique	231
Annexe 8 : Formulaire de Consentement	232

Liste des figure et tableaux

Figure 3.1 : Modèle spatial triadique de Lefebvre	59
Tableau 3.1 : Intersectionnalité et frontera	68
Tableau 5.1 : Thèmes expérientiels de groupes et sous catégories	99
Tableau 5.2 : Récapitulatif des données sociodémographiques des participant.e.s	101

Légende et abréviations

API : Analyse phénoménologique interprétative

BÉSO : Bourses d'études supérieures de l'Ontario

CÉR : Comité d'éthique de la recherche

CFSM : Communautés de langues officielles en situation minoritaires

OMS : Organisation mondiale de la santé

PANDC : Personnes autochtones, noires ou de couleurs

2ELGBTQIA+ : bispirituelle, lesbienne, gai, bisexuelle, trans, queer, intersexe etc.

Résumé

La transition à la parentalité constitue un événement de vie majeur, amorcé bien avant la conception et s'étendant parfois sur plusieurs années après la naissance de l'enfant. Elle englobe les périodes antepartum, périnatale et postnatale, y compris l'allaitement. Si la littérature a documenté cette transition dans divers contextes, peu d'études ont porté attention aux expériences spécifiques des personnes bispirituelles, lesbiennes, gaies, trans, queer, intersexe et autres (2ELGBTQIA+) d'expression française vivant en situation linguistique minoritaire. Cette population, à la fois hétérogène et marginalisée, fait face à des défis singuliers liés à la reconnaissance identitaire, à l'accès aux soins et à l'affirmation linguistique, en particulier dans les provinces canadiennes hors Québec.

Les infirmières jouent un rôle central dans l'accompagnement des familles durant cette transition, mais elles rapportent souvent un inconfort face aux enjeux de sexualité et de diversité de genre, lié à un manque de formation et de ressources adaptées. Dans un contexte où les francophones en situation minoritaire doivent composer avec des services peu accessibles ou culturellement inadéquats, l'expérience des parents 2ELGBTQIA+ francophones demeure largement absente dans les recherches en santé.

Ancrée dans une posture critique, cette thèse mobilise les travaux d'Henri Lefebvre (production de l'espace), de Gloria Anzaldúa (*fronteras, nepantla*) et de Deborah Lupton (cultures du risque) pour interroger la manière dont les espaces dominants sont produits et vécus par les familles 2ELGBTQIA+, et comment ces dernières participent à leur transformation à travers la création d'espaces différentiels. L'étude adopte un devis exploratoire qualitatif, fondé sur l'analyse phénoménologique interprétative (API), afin de cerner l'expérience vécue de la transition à la parentalité chez 12 personnes 2ELGBTQIA+ francophones vivant au Manitoba. Un questionnaire sociodémographique et des entrevues semi-structurées ont permis de documenter leurs trajectoires complexes.

L'analyse révèle quatre thèmes majeurs : (1) la transition à la parentalité, (2) la conciliation des rôles, (3) la navigation de l'espace, et (4) la création d'un espace. Les récits mettent en lumière une pluralité de parcours parentaux, marqués par des seuils émotionnels, sociaux et identitaires. La décision de devenir parent émerge tantôt d'un processus délibéré, tantôt d'un surgissement contextuel, révélant une tension constante entre agentivité individuelle et contingences sociopolitiques. La période antepartum est vécue comme un espace liminaire d'anticipation, où les participant.e.s projettent leur rôle parental tout en affrontant les contraintes institutionnelles, corporelles et affectives.

Les expériences entourant l'accouchement et les soins périnataux révèlent une confrontation aux normes biomédicales et hétéromononormatives, où les participant.e.s doivent négocier leur autonomie corporelle face aux impératifs cliniques. La période postnatale (jusqu'aux deux ans de l'enfant) est marquée par une redéfinition intense des identités conjugales, professionnelles, parentales et linguistiques, souvent exacerbée par des facteurs tels que l'isolement, la précarité et les transitions de vie.

La conciliation des rôles représente un défi permanent : les configurations familiales doivent être constamment ajustées pour dépasser les scripts hétéronormatifs. Celles et ceux qui ont pu co-construire librement des rôles parentaux fondés sur leurs forces individuelles et les exigences du quotidien rapportent une plus grande cohérence et agentivité, tandis que la reproduction des normes de genre traditionnelles engendre fréquemment tensions et détresse.

La navigation de l'espace dévoile des obstacles systémiques : les familles doivent composer avec un accès limité à des services de santé et de soutien affirmatifs, francophones, inclusifs et culturellement sécuritaires. L'insécurité linguistique traverse les récits comme un enjeu fondamental, influençant autant l'accès aux soins que l'affirmation identitaire en tant que personne 2ELGBTQIA+ francophone.

Face à ces défis, les participant.e.s déploient des stratégies créatives de résistance : création d'espaces sans jugement, redéfinition des rôles au sein du foyer, recours à la famille choisie, ou encore transformation de la maison en espace accueillant et inclusif. Ces gestes, à la fois politiques et relationnels, traduisent une volonté d'habiter le monde autrement, de revendiquer leur légitimité parentale, et de tracer la voie à des modèles familiaux pluriels et émancipateurs.

En somme, cette étude révèle que la parentalité pour les personnes 2ELGBTQIA+ francophones en contexte minoritaire ne peut être pensée uniquement comme une expérience individuelle : elle s'inscrit dans une dynamique de lutte, de résilience et d'innovation sociale. Les résultats plaident pour une transformation des pratiques en santé, notamment à travers la mise en place de services spécialisés, pérennes et intersectionnels, qui reconnaissent pleinement les réalités des familles francophones 2ELGBTQIA+. Pour que la parentalité devienne une perspective tangible, joyeuse et légitime dès l'enfance, il est impératif d'ancrer ces trajectoires dans des espaces réellement inclusifs, où les personnes ayant la diversité des vécus puissent s'épanouir.

Remerciements

Je souhaite tout d'abord exprimer ma plus profonde gratitude à mes directeurs de thèse, Dave Holmes et Patrick O'Byrne, pour leur appui indéfectible, leur expertise et leur engagement tout au long de ce parcours. Votre mentorat a été fondamental dans la réalisation de cette recherche. Dave, ton soutien, tant philosophique qu'émotionnel dans les moments les plus difficiles, a été une véritable ancre - sans toi, je ne serais pas arrivée jusqu'ici. Je remercie également les membres de mon comité de thèse pour leur accompagnement généreux, leurs commentaires judicieux et leur confiance constante.

Ma reconnaissance va également aux organismes qui ont rendu ce projet possible grâce à leur appui financier : le *Conseil de recherches en sciences humaines du Canada* (CRSH), les *Bourses d'études supérieures de l'Ontario* (BÉSO), la *Fondation des infirmiers et infirmières du Canada*, le *Tylenol® Fund to Advance Diversity in Nursing and Health Equity Research Scholarship* et *Sigma Theta Tau International*, les bourses d'admission et d'excellence de l'Université d'Ottawa, les Bourses d'études *Francofonds*, et les bourses en santé communautaire de l'Université d'Ottawa.

Merci à mes collègues et précieuses alliées de réflexion, Blandine, Hagar et Anne-Lise, pour avoir écouté, sans jamais juger, mes pensées dites à voix haute pendant ces cinq années. Votre bienveillance a été un soutien discret mais essentiel.

À ma famille, Zachary, Belle et Nico, je vous dois tout. Merci pour votre amour, votre patience et votre présence constante, dans les moments de joie comme dans les épreuves. Votre soutien inconditionnel et votre compréhension profonde ont rendu ce cheminement possible.

Enfin, je dédie cette thèse à mon oncle, Réal Avanthay, dont le soutien indéfectible et l'inspiration silencieuse ont marqué chacune des étapes de ce parcours académique.

INTRODUCTION

La transition à la parentalité constitue un événement de vie majeur, pouvant débuter bien avant la conception d'un enfant et se prolonger plusieurs mois, voire des années, après sa naissance (Polomeno, 2000). Cette période est généralement définie comme s'étendant de la décision de devenir parent jusqu'aux deux premières années de vie de l'enfant. Bien que la recherche sur la parentalité ait connu un essor important au cours des dernières décennies, les expériences des personnes bispirituelles, lesbiennes, gaies, trans, queer et autres (2ELGBTQIA+), particulièrement celles d'expression française vivant en contexte linguistique minoritaire, demeurent largement sous-représentées dans les études actuelles.

La population 2ELGBTQIA+ au Canada est composée d'un ensemble diversifié d'identités sexuelles, affectives et de genres, formant un groupe hétérogène aux besoins variés. Les prestataires de soins, notamment les infirmiers et les infirmières, jouent un rôle essentiel dans l'accompagnement des familles au cours de la transition à la parentalité. Toutefois, plusieurs études indiquent que ces professionnels se sentent souvent mal à l'aise lorsqu'il s'agit d'aborder des questions liées à la sexualité (Landry et al., 2021). Ce malaise est fréquemment attribué à un manque de formation et de connaissances quant aux façons d'initier et de soutenir des conversations inclusives et respectueuses (Sung et al., 2016). Par ailleurs, les francophones vivant en contexte linguistique minoritaire, c'est-à-dire hors Québec, rencontrent des obstacles particuliers en matière d'accès aux services sociaux et de santé, ce qui accentue les inégalités vécues (Moreau et al., 2019).

Malgré les défis importants auxquels sont confrontées à la fois les minorités francophones et les personnes 2ELGBTQIA+, peu d'études ont adopté une perspective véritablement intersectionnelle pour examiner l'expérience des personnes 2ELGBTQIA+ francophones vivant en contexte linguistique minoritaire, particulièrement

dans le cadre de la transition à la parentalité (Prada et al., 2021). Cette recherche exploratoire visait à dresser un portrait nuancé de l'expérience de ces familles lors de cette période charnière. En recourant à un devis qualitatif exploratoire ancré dans l'analyse phénoménologique interprétative (API) (Smith et al., 2022), l'étude a permis d'examiner en profondeur les récits de familles 2ELGBTQIA+ francophones incluant les familles monoparentales, vivant en situation linguistique minoritaire, à travers des questionnaires auto-administrés et des entrevues semi-structurées menées auprès de 12 participant.e.s résidant dans la province du Manitoba.

Cette thèse est structurée en six chapitres. Le Chapitre 1 propose une mise en contexte de la problématique étudiée et situe le projet dans ses dimensions sociales, cliniques et scientifiques. Le Chapitre 2 présente une revue de la littérature, mettant en lumière les recherches existantes sur la transition à la parentalité chez les personnes 2ELGBTQIA+ et soulignant la rareté des études portant sur les personnes francophones vivant en situation linguistique minoritaire. Cette recension tient compte de la diversité des expériences propres aux sous-populations concernées. Le Chapitre 3 expose le cadre théorique, fondé sur une pluralité paradigmatique, incluant un cadre conceptuel adapté par la doctorante dans le champ des sciences infirmières. Ce cadre est mobilisé pour éclairer la lecture des résultats. Le Chapitre 4 décrit la méthodologie retenue, en précisant le type de recherche, le devis qualitatif, les stratégies d'échantillonnage et de recrutement, les outils de collecte de données (questionnaires et entrevues semi-dirigées), les méthodes d'analyse ainsi que les considérations éthiques. Le Chapitre 5 présente les résultats de l'étude, en mettant en évidence les thèmes expérientiels de groupe qui émergent des récits des participant.e.s. Enfin, le Chapitre 6 propose une discussion générale qui articule les résultats à la lumière du cadre théorique, en soulignant les contributions de la thèse à la santé des populations, les retombées sur la pratique, la

formation et la recherche, ainsi que les limites de l'étude et les pistes à envisager pour des travaux futurs.

Chapitre 1

PROBLÉMATIQUE DE RECHERCHE

Contexte

D'après l'Organisation mondiale de la santé (OMS, 2015), les droits humains fondamentaux incluent le droit à l'égalité et à la non-discrimination, à la protection contre la torture et les traitements cruels, inhumains ou dégradants, au respect de la vie privée, au meilleur état de santé possible, notamment en matière de santé sexuelle et à la sécurité sociale. Ils englobent aussi le droit de se marier et de fonder une famille librement et avec un consentement éclairé, d'être traité de manière égale au sein du mariage et lors de sa dissolution, de déterminer le nombre d'enfants que l'on souhaite avoir et le moment de leur naissance, d'accéder à l'information et à l'éducation, d'exprimer ses opinions librement, ainsi que le droit à un recours effectif en cas de violation de ces droits fondamentaux. Ainsi, les droits fondamentaux reconnaissent le droit de décider du moment et des modalités de la parentalité comme un droit humain fondamental. Nous pouvons donc, déduire que ce principe s'applique également aux personnes en relation 2ELGBTQIA+ ainsi qu'aux personnes célibataires, qui devraient elles aussi pouvoir choisir librement d'avoir ou non des enfants. Ainsi, les droits fondamentaux reconnaissent le droit de décider du moment et des modalités de la parentalité comme un droit humain essentiel, incluant la possibilité de se marier et de fonder une famille librement et avec consentement éclairé (OMS, 2015). Bien que les législations nationales puissent varier, ce principe s'applique de manière universelle à toutes les personnes, indépendamment de leur orientation sexuelle ou de leur statut marital. Il en découle que les individus en relation 2ELGBTQIA+ ainsi que les personnes célibataires devraient pouvoir choisir librement d'avoir ou non des enfants, dans le respect de leur autonomie et de leurs droits fondamentaux.

Cependant, bien que la Charte canadienne des droits et libertés (Canada, 2025) reconnaissent le droit à la non-discrimination, à l'égalité, à la santé sexuelle et reproductive, ainsi qu'à la liberté de fonder une famille, la mise en pratique de ces droits demeure inégale et limitée dans certains contextes sociaux et institutionnels au Canada. L'accès aux services de santé sexuelle et reproductive, par exemple, est encore entravé par des obstacles logistiques, géographiques, sociaux et culturels, malgré les efforts gouvernementaux récents visant à réduire ces obstacles pour les populations mal desservies, y compris les personnes 2ELGBTQIA+. Un financement fédéral a été accordé à des projets pour améliorer l'accès aux soins, à l'information et à des services inclusifs, mais la stigmatisation, la discrimination et le manque de confiance dans le système de santé persistent comme barrières réelles pour certaines personnes ; cela montre que l'exercice effectif de ces droits reste inégal selon les conditions de vie et l'identité de chacun (Santé Canada, 2025)

L'accès à des services de fertilité sûrs, inclusifs et de haute qualité constitue un élément essentiel de la santé reproductive, en favorisant une conception, une grossesse et un accouchement sécuritaires, et en augmentant ainsi les chances d'avoir un enfant en bonne santé (OMS, 2015). Au Canada, la Loi sur la procréation assistée (2004) a été instaurée afin de protéger et de promouvoir la santé, la sécurité, la dignité et les droits des personnes ayant recours aux technologies de reproduction. Cette loi interdit certaines pratiques jugées dangereuses ou éthiquement inacceptables. Toutefois, ce n'est qu'en 2010 que la Cour suprême du Canada a jugé certaines dispositions de la loi inconstitutionnelles, notamment celles exigeant la présence d'un père dans les démarches de procréation ion (3 S.C.R, 2010). Cette décision a permis d'élargir l'accès aux services de fertilité à tous les individus et à toutes les configurations familiales,

alignant ainsi le cadre légal sur les principes d'égalité et de respect des diversités familiales.

Bien que des avancées politiques aient été réalisées au Canada pour reconnaître les droits des personnes issues de la diversité sexuelle et de genre, la discrimination systémique persiste, et l'hétéronormativité continue de dominer les structures des services sociaux et de santé (Carter, 2019). Les institutions de santé par exemple, tardent à refléter cette diversité dans leurs pratiques (Goldberg & Gartrell, 2014; Malmquist et al., 2021; Manley et al., 2018). Ce décalage renforce les iniquités, particulièrement pour les personnes cumulant plusieurs formes de marginalisation. Des études indiquent que nombre d'entre elles évitent les cliniques de fertilité accréditées en raison de la crainte de discrimination, de préoccupations liées à la confidentialité, de coûts financiers élevés, ou encore du manque de soutien de la part de leur professionnel de la santé (Holland, 2019; Wykes, 2012).

La population 2ELGBTQIA+ au Canada est loin d'être homogène. Elle regroupe une diversité d'identités sexuelles, affectives et de genre, et reflète également une vaste gamme de réalités sociodémographiques et ethnoculturelles. Selon les données disponibles, les personnes 2ELGBTQIA+ sont majoritairement âgées de moins de 34 ans et résident principalement en milieu urbain (Gilmour, 2019). En 2015, environ 1,9 % des hommes (soit quelque 252 000 personnes) s'identifiaient comme gais et 1,1 % (environ 145 000) comme bisexuels, tandis que 1,1 % des femmes (près de 153 000) s'identifiaient comme lesbiennes et 2,2 % (environ 299 000) comme bisexuelles. (Gilmour, 2019). Les hommes et les femmes bisexuels avaient tendance à être plus jeunes et à appartenir à des groupes à plus faible revenu que les personnes hétérosexuelles. Une plus grande proportion d'hommes et de femmes hétérosexuels étaient mariés ou en union de fait comparativement aux personnes gaies, lesbiennes ou bisexuelles. Les femmes bisexuelles étaient aussi plus susceptibles de s'être identifiées comme Autochtones que

leurs homologues hétérosexuelles, bien que la taille réduite de l'échantillon n'ait pas permis d'approfondir cette analyse. Bien que le nombre de personnes ne s'identifiant pas comme hétérosexuelles soit en constante augmentation, les données précises sur le nombre de familles 2ELGBTQIA+ au Canada demeurent limitées.

Les infirmières jouent un rôle central dans l'accompagnement des familles durant la transition à la parentalité. Il importe toutefois de préciser ce que l'on entend par famille, afin d'éviter de réduire ce concept à un modèle unique. Dans le contexte des réalités 2SLGBTQIA+, la famille peut se composer de diverses manières : une personne seule choisissant de devenir parent, un couple, ou encore un réseau de proches et d'amis qui partagent la responsabilité du soin et du soutien. Reconnaître cette pluralité de formes familiales permet aux infirmières d'adapter leur accompagnement à la diversité des expériences parentales et relationnelles (Wright et al., 2024). Toutefois, plusieurs études ont montré que les infirmières se sentent souvent mal à l'aise lorsqu'il s'agit d'aborder des questions liées à la sexualité (Landry et al., 2021; Sung et al., 2016). Ce malaise est souvent attribué à un manque de formation et de connaissances sur la manière d'entamer, de maintenir et de clore ces conversations de manière respectueuse et inclusive conjuguée à des politiques hospitalières genrées et à des documents éducatifs non inclusifs, contribuait à une expérience de soins inadaptée et parfois marginalisant. Or, une communication authentique et ouverte est essentielle pour offrir des soins centrés sur la personne. Comment les infirmières peuvent-elles fournir des soins culturellement sécuritaires aux populations 2ELGBTQIA+ si elles ne sont ni à l'aise ni outillées pour le faire? Peu de recherches ont explorées les expériences des infirmières au niveau de leur capacité de répondre aux questions de la santé sexuelle et aucune n'a été repéré en tenant en considération l'intersection d'une identité 2ELGBTQIA+ et francophone vivant en situation linguistique minoritaire.

La transition à la parentalité constitue une période de grande vulnérabilité. Elle peut débuter bien avant la conception d'un enfant et se prolonger durant la grossesse, l'accouchement, la période postnatale, et parfois au-delà, notamment à travers l'allaitement et l'adaptation au rôle parental (Polomeno, 2013). Pour les personnes 2ELGBTQIA+, cette période est souvent marquée par l'invisibilité au sein des services sociaux et de santé. De plus, la recherche tend à négliger les réalités intersectionnelles, contribuant ainsi à renforcer les iniquités en matière de santé pour les personnes ayant des identités multiples menant à des discriminations multiples (Bowleg, 2012; Hulko et Hovanes, 2018).

Les personnes d'expression française vivant en situation linguistique minoritaire subissent une marginalisation à la fois linguistique et culturelle (Blais et al., 2018). Malgré les défis importants auxquels sont confrontées à la fois les minorités francophones et les personnes 2ELGBTQIA+ (Prada et al., 2021), peu d'études ont exploré les expériences de ces dernières. L'étude de Prada et al. (2021), démontre que cette double, voire triple marginalisation peut mener à des discriminations systémiques dans toutes les sphères de leur vie, en particulier dans l'accès aux soins. Cependant, ces premières recherches n'ont pas permis d'obtenir une représentation complète de la francophonie au Manitoba, en prenant en compte des facteurs tels que la culture, l'âge ou les capacités physiques. Or, ces dimensions sont cruciales pour comprendre comment les adultes continuent de faire face à des formes de discrimination ou d'exclusion, qu'elles soient liées à la culture, à l'âge ou aux capacités physiques et mentales, comme l'illustre la recherche-action participative menée par Avanthay Strus et collaborateurs (2024) en partenariat avec le *Collectif LGBTQ* du Manitoba*. La doctorante, membre des communautés desservies par le Collectif LGBTQ* du Manitoba, a pu, bien avant le lancement officiel de l'étude, cultiver une relation de confiance (Wilson, 2008 ; Kovach, 2009). Elle apporte également des

savoirs expérientiels précieux, ayant elle-même vécu la transition à la parentalité et œuvré pendant de nombreuses années dans ce domaine en tant qu'infirmière.

Le stress minoritaire qu'elles vivent contribue à accroître leur vulnérabilité à certaines maladies chroniques et à des iniquités de santé (Benibgui, 2010; Brewer et Thomas, 2019). Le stress minoritaire désigne le stress chronique et spécifique vécu par les personnes appartenant à des groupes minoritaires en raison de leur identité sociale ou culturelle (par exemple, orientation sexuelle, identité de genre, appartenance ethnique, religion). Il résulte de l'exposition répétée à des stigmatisations, discriminations, préjugés et microagressions, ainsi qu'à l'intériorisation de normes sociales dominantes qui marginalisent ces individus. Ce stress s'ajoute aux stress universels de la vie quotidienne et peut avoir des impacts significatifs sur la santé mentale et physique (Meyer, 2003). En contexte minoritaire, l'accès aux services sociaux et de santé demeure problématique, notamment en raison d'une offre inadéquate de soins adaptés à la fois à leur identité linguistique et à leur orientation sexuelle ou identité de genre (Moreau et al., 2019). Ces défis sont encore plus prononcés pour les personnes vivant en milieu rural, qui doivent composer avec une discrimination accrue et un manque flagrant de ressources accessibles qui tiennent compte de leur sécurité linguistique, culturelle et sexuelle (Fredriksen-Goldsen et al., 2013; Pachankis et al., 2015; Prada et al., 2021). Dans de tels contextes, plusieurs personnes retardent leurs consultations médicales ou n'ont tout simplement pas accès à un pourvoyeur de soins sécuritaire (Blais et al., 2018). Ce retard peut entraîner des problèmes de santé évitables ou prévisibles, qui auraient pu être détectés ou pris en charge plus tôt. Les conséquences se répercutent non seulement sur la santé et le bien-être de l'individu, mais aussi sur la communauté et la société dans son ensemble, en générant des coûts supplémentaires pour les systèmes de santé et en accentuant les inégalités en matière de santé.

Les personnes d'expression française vivant en situation linguistique minoritaire rencontrent des défis particuliers lors de la transition à la parentalité, en particulier en ce qui concerne l'accès aux services sociaux et de santé (Moreau et al., 2019). Ces obstacles peuvent nuire à la conciliation des différents rôles associés à cette période, notamment ceux de parent, de partenaire et d'amant, influençant ainsi le développement de la compétence parentale. Pour les parents 2ELGBTQIA+, ces défis se complexifient davantage. Leurs parcours peuvent inclure des expériences uniques, telles que le recours à l'adoption ou à une gestation pour/par autrui, la divulgation de leur orientation sexuelle ou identité de genre dans un contexte social souvent normatif, ainsi que la dynamique spécifique de la coparentalité (Landry et Kensler, 2019). De nombreuses études indiquent que la principale préoccupation de ces parents demeure la crainte de discrimination, notamment en raison de l'hétéronormativité persistante au sein des institutions de santé et de services sociaux. À cela s'ajoute un manque de modèles parentaux auxquels s'identifier, et une faible perception de soutien ou de sentiment d'appartenance à une communauté ayant vécu des expériences similaires (Avanthay Strus, 2019).

Selon Polomeno (2013), la transition à la parentalité constitue une période de grande vulnérabilité, marquée par de nombreux changements psychologiques, physiques, émotionnels, sociaux et sexuels. Parmi ces dimensions, l'intimité et la sexualité sont souvent les plus affectées. Cette période implique également une réorganisation des rôles, notamment celui de parent, de partenaire amoureux et d'individu (Briggs et al., 2005; Cowan et Cowan, 2000; Polomeno, 2000). Des études plus récentes confirment que la transition à la parentalité redéfinit les identités individuelles et conjugales, modifie la division des tâches domestiques et parentales, et façonne la dynamique émotionnelle et de co-parentalité au sein du couple (Rauch-Anderegg et al., 2020). Dans ce contexte, les personnes francophones vivant en situation linguistique minoritaire - particulièrement hors Québec - font face à des défis spécifiques liés, entre

autres, à l'accès équitable à des services culturellement et linguistiquement adaptés (de Pierrepont et al., 2016).

Les réalités des minorités linguistiques francophones et celles des familles 2ELGBTQIA+ sont généralement abordées de manière séparée dans la littérature scientifique. Pourtant, la recension des écrits n'a révélé aucune étude adoptant une approche véritablement intersectionnelle pour comprendre les expériences vécues par les personnes à l'intersection de ces deux identités, notamment durant la transition à la parentalité. Ce projet de recherche s'inscrit dans cette lacune et découle directement du volet adulte du projet communautaire *Des nôtres*, mené en collaboration avec le *Collectif LGBTQ* du Manitoba* et auquel la doctorante a activement participé (Prada et al., 2021). Ce rapport a mis en lumière des lacunes importantes dans les services sociaux et de santé offerts aux personnes 2ELGBTQIA+ francophones vivant en situation linguistique minoritaire, en soulignant notamment l'invisibilisation des expériences parentales, la rareté de modèles familiaux représentatifs et le manque de reconnaissance institutionnelle des familles issues de la diversité sexuelle et de genre.

Ces constats sont en cohérence avec l'expérience professionnelle de la doctorante, acquise dans les domaines de la santé publique et des soins lors de la transition à la parentalité, tant en milieu rural qu'urbain. Elle y a observé que les personnes 2ELGBTQIA+ francophones devaient souvent choisir entre des services de santé en français peu inclusifs, ou des soins affirmatifs uniquement disponibles en anglais, sans prise en compte de leur sécurité linguistique et culturelle. De plus, les familles ne correspondant pas aux normes hétéro-monogames, notamment celles vivant des relations non monogames consensuelles, rapportaient faire l'objet de jugements ou d'incompréhensions de la part des professionnels de la santé, menant parfois à un report ou à un évitement des soins. En s'appuyant sur des récits expérientiels et en adoptant une approche intersectionnelle, cette recherche vise à mieux documenter ces réalités

complexes, dans le but d'informer le développement de pratiques infirmières et de politiques publiques qui soient véritablement inclusives, culturellement sécuritaires et équitables.

Questions de recherche

Le présent projet visait à approfondir la compréhension des expériences vécues par les familles 2ELGBTQIA+ francophones vivant en situation linguistique minoritaire durant cette période de transition. En adoptant un devis qualitatif exploratoire fondé sur l'analyse interprétative phénoménologique (API) (Smith et al., 2022), cette étude explore trois questions de recherche principales :

- 1) Quelles sont les perceptions des familles 2ELGBTQIA+ francophones quant à la transition à la parentalité, notamment en ce qui concerne la conciliation de leurs rôles de parent, de partenaire et d'amoureux?
- 2) De quelle manière les identités francophones et 2ELGBTQIA+ influencent-elles leur expérience de la transition à la parentalité?
- 3) Comment les familles 2ELGBTQIA+ perçoivent-elles leurs interactions avec les prestataires de soins durant la transition à la parentalité, particulièrement en ce qui concerne la sécurité linguistique et culturelle et la reconnaissance de leurs identités intersectionnelles?

Position épistémologique

Il incombe à chaque chercheur ou chercheuse de situer clairement sa position épistémologique et de s'y maintenir de manière cohérente tout au long du processus de recherche (O'Reilly et Kiyimba, 2015). Cette cohérence dans l'adhésion à un cadre interprétatif global permet de renforcer la rigueur, l'intégrité et la validité du travail scientifique. Selon Guba et Lincoln (1994), trois dimensions fondamentales structurent toute démarche de recherche : l'ontologie, qui s'interroge sur la nature de la réalité;

l'épistémologie, qui questionne la relation entre le sujet chercheur et ce qui peut être connu; et la méthodologie, qui concerne les stratégies permettant d'accéder à la connaissance.

Guba et Lincoln (1994) identifient quatre grands paradigmes de recherche : le positivisme, le postpositivisme, la théorie critique et le constructivisme. Le présent projet s'ancre dans une posture critique, influencée par les écrits de Marx, Habermas et Freire, et intégrant des perspectives féministes, queer, marxistes (et néo-marxistes), ainsi que diverses théories de l'identité sociale (Hill Collins, 2019). Ontologiquement, cette posture repose sur un réalisme historique selon lequel les réalités sont construites et façonnées par des forces sociales, politiques, économiques, culturelles et genrées. Épistémologiquement, cette posture suppose une relation transactionnelle et subjective entre chercheur et participant, reconnaissant que les connaissances produites sont situées, empreintes de valeurs, et co-construites dans l'interaction.

Du point de vue des théories de l'identité sociale, la connaissance est façonnée par la position sociale de chaque individu, c'est-à-dire par les rapports de pouvoir, de privilège et d'oppression auxquels il est exposé selon ses caractéristiques identitaires (Brown et Strega, 2015). Ces dimensions incluent, entre autres, la race, l'ethnicité, la classe sociale, le genre, l'orientation sexuelle, l'âge, les capacités physiques ou mentales, ainsi que les croyances religieuses (Hulko, 2009). Ainsi, les expériences vécues et les savoirs qui en découlent sont profondément situés et influencés par ces rapports sociaux.

Méthodologiquement, cette posture critique implique une approche dialectique, où la connaissance émerge d'un dialogue continu entre le chercheur et les participant.e.s engagés activement dans le processus de recherche (Guba et Lincoln, 1994). Le savoir ainsi produit est interprétatif, pluriel, situé et ancré dans des expériences subjectives. Cette vision s'harmonise pleinement avec les objectifs de cette recherche, qui vise à

documenter des expériences à l'intersection de plusieurs formes de marginalisation rarement explorées conjointement.

En adoptant la théorie critique comme position épistémologique, cette recherche s'inscrit dans une démarche collaborative avec, et non sur, des groupes historiquement marginalisés par les structures sociales dominantes. Plutôt que de simplement observer ou analyser les expériences des personnes 2ELGBTQIA+, la recherche s'engage dans une co-construction des savoirs, ancrée dans un processus dialectique où la voix des participant.e.s occupe une place centrale. Ceci s'arrime avec l'approche participative prise par la doctorante lors de la recherche *Des Nôtres* (Prada et al., 2021) en partenariat avec le *Collectif LGBTQ* du Manitoba*, dont cette recherche découle. En effet, à maintes reprises au courant de cette thèse, des rencontres ont eu lieu avec le *Collectif LGBTQ* du Manitoba* pour discuter des différentes étapes méthodologiques de la recherche. La théorie critique reconnaît le caractère situé, subjectif et transformateur de la connaissance, et permet d'établir un rapport de recherche fondé sur le partenariat, la réciprocité et l'engagement éthique.

Un aspect fondamental de cette posture est la reconnaissance du différentiel de pouvoir entre le chercheur et les participant.e.s. Mener une recherche critique implique de s'engager activement dans une réflexivité continue, visant à interroger ses propres privilèges, biais et positions sociales. Cette vigilance réflexive permet de contrer les dynamiques extractivistes trop souvent observées dans les recherches menées auprès de populations marginalisées, où celles-ci sont perçues comme de simples "ressources" permettant de générer des données sans retombées concrètes pour elles (Diversi & Finley, 2010).

La perspective critique ainsi mobilisée permet de révéler les systèmes multiples et interconnectés de privilèges et d'oppressions, tout en guidant la recherche vers des finalités de transformation sociale. Appliquer cette lentille critique à l'étude de la transition

à la parentalité constitue un apport original, puisque la majorité des travaux dans ce champ et ceux depuis 2000 (Cowan & Cowan, 2000; de Pierrepont et al., 2016; Moreau et al., 2019) qui reposent encore largement sur des conceptions hétéronormatives, binaires et universalisantes de la famille. L'adjectif hétéronormatif qualifie des pratiques, des discours, des institutions ou des situations qui supposent que l'hétérosexualité est la norme, tandis que le nom hétéronormativité désigne le système global de normes sociales et culturelles qui valorise l'hétérosexualité et structure les relations sociales, familiales et institutionnelles. On peut donc présumer que l'hétéronormativité a influencé la perspective de ces chercheurs. En intégrant une perspective intersectionnelle sensible aux identités multiples, cette recherche vise à enrichir les connaissances existantes, tout en offrant des pistes concrètes pour des pratiques en santé et services sociaux plus inclusives, représentatives et équitables.

Historiquement, les sciences infirmières ont privilégié des méthodes empiriques ancrées dans un paradigme post-positiviste. En effet, les sciences infirmières en misant sur les données probantes continuent dans cette veine de nos jours (Holmes et al., 2006). Bien que ce cadre ait permis de développer des connaissances importantes, il demeure limité par une approche biomédicale souvent réductrice, qui néglige les dimensions biopsychosociales et contextuelles des personnes soignées (Meleis, 2018). Intégrer une perspective plus critique dans le développement des savoirs en sciences infirmières apparaît ainsi comme une nécessité pour mieux comprendre et agir sur les iniquités de santé.

En revanche, les théories critiques offrent un cadre d'analyse permettant de dévoiler les mécanismes d'oppression inscrits dans les pratiques politiques, sociales et historiques qui restreignent la participation des individus. Elles permettent aussi de comprendre comment les identités multiples et croisées peuvent intensifier ces oppressions (Weaver et Olson, 2006). Par ailleurs, elles insistent sur l'importance de

reconnaître et de valoriser les voix des personnes dans leur vécu concret, considérant leurs expériences comme des sources essentielles de connaissance.

Dans cette optique, la théorie critique donne à la chercheuse les outils nécessaires pour interroger les valeurs et idéologies portées par les institutions sociales ainsi que leur réalité concrète, afin de mettre en lumière les écarts et contradictions entre ces dimensions (Mill et al., 2001). Cette approche rapproche étroitement théorie et pratique, en orientant la recherche non seulement vers la compréhension, mais aussi vers la promotion de changements sociaux et politiques effectifs.

Chapitre 2

RECENSION DES ÉCRITS

Procédures de recherche documentaire

Afin d'identifier les écrits scientifiques et les ressources littéraires pertinentes portant sur la parentalité chez les personnes issues des communautés 2ELGBTQIA+, une stratégie de recherche documentaire systématique a été élaborée et appliquée à plusieurs bases de données électroniques : CINAHL, SCOPUS, MEDLINE, PubMed, Embase et ProQuest.

Les recherches ont été effectuées à l'aide de combinaisons de mots-clés en anglais et en français, intégrant les opérateurs booléens OR et AND, afin de couvrir une diversité d'identités de genre, d'orientations sexuelles et de termes liés à la transition vers la parentalité. Des variantes lexicales ont également été incluses pour maximiser la sensibilité de la recherche. Par ailleurs, des publications en français, anglais et espagnol ont été considérées afin de refléter les réalités linguistiques des populations visées. Conformément à la posture ontologique adoptée dans ce projet, ancrée dans un réalisme historique, selon lequel les réalités sont construites et façonnées par des forces sociales, politiques, économiques, culturelles et genrées, aucune limite temporelle n'a été appliquée lors de la recherche documentaire. Cette décision méthodologique vise à retracer l'évolution des discours scientifiques entourant les expériences des personnes 2ELGBTQIA+ dans le contexte de la transition vers la parentalité. En tenant compte de la construction historique des savoirs, cette approche permet de mieux comprendre comment les perspectives et les représentations de ces réalités ont émergé, évolué et se sont transformées dans la littérature au fil du temps.

Au terme du processus de sélection, 224 publications (articles scientifiques, chapitres de livres, ouvrages) ont été retenues sur un total de 405 documents recensés.

La majorité des publications découle des États-Unis, suivis par les pays scandinaves, et finalement le Canada. De ces écrits, seulement un était publié en français et toutes les publications, s'il incluait le Canada, était dans un contexte Nord-Américain. Une analyse des publications recensées révèle que la majorité des premières études incluses (n=85) portaient principalement sur des femmes s'identifiant comme lesbiennes ou comme appartenant à une minorité sexuelle, généralement en couple avec d'autres femmes. Ces travaux, publiés entre 1997 et 2015, témoignent d'un essor notable de la recherche dès le début des années 2000. Toutefois, bien que pionnières dans l'exploration de la parentalité au sein des communautés 2ELGBTQIA+, ces publications offraient une vision relativement homogène des expériences vécues, sans approfondir les réalités intersectionnelles ou les variations socio-démographiques, notamment les femmes plurisexuelles ou trans. En effet, les participant.e.s de ces études étaient majoritairement blancs et issus de milieux socio-économiques favorisés, comme l'ont souligné McManus et al. (2006), ce qui limite la portée des conclusions quant à la diversité des vécus. Notamment, seulement deux publications ont abordé les expériences croisées de la race, du genre et de l'orientation sexuelle, en examinant les parcours de femmes noires lesbiennes (Reed, Miller, & Timm, 2011; Reed, Miller, Valenti, et al., 2011). De plus, aucune recherche n'a exploré les expériences des parents 2ELGBTQIA+ d'expression française vivant en situation linguistique minoritaire.

Par ailleurs, les écrits sur les hommes lors de la transition à la parentalité, particulièrement ceux s'identifiant comme gais, bisexuels, trans, non binaires ou appartenant à d'autres identités de genre et/ou orientations sexuelles marginalisées, demeure nettement moins représentée dans le champ scientifique, même si on observe une légère augmentation depuis les années 2010 (Goldberg et al., 2012). Les rares études disponibles mettent en lumière des enjeux spécifiques comme la stigmatisation sociale, les défis juridiques, le manque de reconnaissance institutionnelle ainsi que des barrières

dans les services de santé périnataux et les suivis pendant la période post-partum (Averett, 2016; Ryan-Flood, 2009). La parentalité chez les hommes cisgenres s'identifiant comme gais ou homosexuels demeure également largement sous-documentée, avec seulement quelques études empiriques (5) s'y intéressant de manière spécifique (e.g., Goldberg et al., 2012; Dempsey, 2012). En effet, l'expérience des hommes semble moins explorer au regard de la transition à la parentalité (de Pierrepont et al. 2016),

À partir de 2005, la littérature scientifique sur la transition à la parentalité commence à refléter une plus grande diversité sexuelle, notamment par l'intégration progressive des femmes bisexuelles, pansexuelles et des hommes gais, généralement regroupés sous l'acronyme LGBTQ (lesbiennes, gais, bisexuels). Ce tournant marque un élargissement du spectre des identités représentées, bien que souvent encore traité de manière agrégée, sans distinctions nuancées entre les sous-groupes. De plus, entre 2010 et 2020, on observe une inclusion croissante des personnes trans et non binaires dans les études portant sur la parentalité, en particulier dans les écrits anglophones issus de contextes nord-américains et européens. Toutefois, ces contributions demeurent relativement marginales dans l'ensemble du corpus.

Ce n'est qu'à partir de 2015 que la recherche commence à documenter, de façon plus explicite, les expériences de personnes s'identifiant comme trans, non binaires, *fluide* dans le contexte de la parentalité en les ajoutant avec les autres catégories de la diversité du genre et sexuelle. Cependant, aucune recherche portant sur la réalité des personnes s'identifiant comme bispirituelle n'a été repérée. Bien que leur nombre demeure encore limité, on observe une croissance exponentielle des publications spécifiques faites auprès des personnes trans, non-binaire et *fluide* sur ces réalités à partir de 2020, traduisant un intérêt croissant pour les identités de genre plurielles dans les études familiales et périnatales. Au total, 56 publications ont été recensées portant spécifiquement sur des personnes trans, non-binaire ou *fluide* ce qui marque une avancée significative, mais

souligne également le retard accumulé en matière de représentations trans, *bi-spirituel* (aucune publication spécifique) et non binaires dans la recherche sur la transition à la parentalité.

Malgré les avancées récentes en recherche sur la parentalité auprès des personnes trans, la participation des personnes bispirituelles demeure particulièrement faible. Aucun article recensé ne traite spécifiquement de leur expérience en lien avec la transition à la parentalité. Dans les publications consultées, les personnes s'identifiant comme bispirituelles sont généralement regroupées avec les populations lesbiennes, gaies ou bisexuelles, lesbiennes, gaies, bisexuelles ou trans, ou encore incluses sous le parapluie trans, englobant des identités diverses telles que non binaires, *fluide*, et bispirituelles. Cette tendance à l'agrégation nuit à la reconnaissance des spécificités culturelles, spirituelles et identitaires propres aux personnes bispirituelles, et contribue à leur effacement méthodologique.

Par ailleurs, une majorité des publications portant sur les personnes trans dans le contexte de la parentalité se concentrent sur les personnes assignées femmes à la naissance, laissant peu de place à l'exploration des expériences de personnes trans assignées hommes à la naissance. Les perspectives des hommes trans souhaitant devenir parents ou ayant vécu une grossesse restent marginalisées, tant sur le plan de la représentation que des recommandations cliniques disponibles.

Au cours des dix dernières années, la recherche sur les personnes transgenres s'est principalement axée sur les déterminants sociaux de la santé, l'accès aux soins, et la santé mentale, avec une attention beaucoup plus limitée portée à la transition à la parentalité et encore moins à des aspects spécifiques comme l'allaitement ou le chestfeeding (MacDonald, 2019). Malgré les appels à une plus grande inclusivité, les recommandations en matière de soins préconceptionnels et périnataux demeurent rares et souvent inadéquates pour les hommes trans enceints ou souhaitant le devenir

(MacLean, 2021a; Wolfe-Roubatis & Spatz, 2015). Cette lacune souligne l'importance de développer des pratiques fondées sur les réalités vécues des personnes trans et non conformes au genre, en tenant compte de leurs trajectoires corporelles, identitaires et sociales.

Dans les pages qui suivent, nous nous efforcerons de retracer l'évolution des discours scientifiques entourant les expériences des personnes 2ELGBTQIA+ dans le contexte de la transition vers la parentalité puisqu'aucune recherche publiée à date semble avoir abordé ces identités intersectionnelles. En effet, le terme 2ELGBTQIA+ semble largement invisible dans les publications. En nous appuyant sur une approche historique, nous chercherons à comprendre comment les savoirs produits se sont construits, transformés et diversifiés au fil du temps. Cette démarche permettra de saisir comment les perspectives et représentations de ces réalités complexes ont émergé et évolué dans la littérature scientifique.

Par ailleurs, nous tenterons de mieux nuancer les enjeux spécifiques aux sous-populations des personnes 2ELGBTQIA+, malgré la reconnaissance d'un manque criant de recherches réellement intersectionnelles dans ce champ. Ce déficit de représentations précises et différenciées souligne l'importance d'élargir les perspectives de recherche, en intégrant pleinement la diversité des identités multiples et des contextes sociaux variés. C'est seulement par cette approche élargie que nous pourrions véritablement appréhender la complexité et la richesse des expériences vécues lors de la transition à la parentalité au sein des communautés 2ELGBTQIA+.

Définitions

Cette section propose des définitions clés relatives à la transition vers la parentalité pour les personnes issues des communautés 2ELGBTQIA+, en abordant des concepts essentiels tels que la sexualité, le sexe, le genre, la santé sexuelle, ainsi que des notions

relatives aux normes sociales comme l'hétérosexualité, l'hétéronormativité et la mononormativité.

La sexualité, le genre et la santé sexuelle

La sexualité occupe une place centrale dans la qualité et la durabilité des relations humaines. L'OMS (2010) la définit comme une dimension fondamentale de l'être humain tout au long de sa vie. La sexualité englobe le sexe, les identités et rôles de genre, l'orientation sexuelle, l'érotisme, le plaisir, l'intimité et la reproduction. Elle s'exprime à travers les pensées, fantasmes, désirs, croyances, attitudes, valeurs, comportements, pratiques, rôles et relations. Ces dimensions peuvent varier d'une personne à l'autre et ne sont pas toujours toutes présentes ou exprimées simultanément. La sexualité est façonnée par l'interaction complexe de facteurs biologiques, psychologiques, sociaux, économiques, politiques, culturels, juridiques, historiques, religieux et spirituels (OMS, 2010).

De plus, la sexualité est aussi une construction sociale, dont l'expression est influencée par le contexte culturel et historique dans lequel elle s'inscrit (Blank, 2012; Foucault, 1994; Gagnon et Simon, 1984). Gagnon et Simon en 1973 ont introduit le concept de « scripts sexuels », selon lequel la sexualité est comprise comme un processus guidé par des normes culturelles, des interactions interpersonnelles et des dynamiques intrapsychiques. Traditionnellement, les scripts sexuels, centrés sur des interactions hétérosexuelles et une assignation genrée des rôles d'initiateur (hommes) et de réceptrice (femmes), ont façonné la recherche sur la sexualité et continuent, malgré une remise en question croissante des normes, à renforcer l'hétéronormativité, les dynamiques de pouvoir et les attentes sociales liées au genre (Gagnon & Simon, 2017; Blank, 2012). Les recherches contemporaines indiquent que bien que les actes sexuels continuent d'être largement influencés par des scripts normatifs qui renforcent l'hétéronormativité et les rôles genrés traditionnels (Hirsch & Khan, 2020), ils ne sont plus

perçus comme strictement déterminés biologiquement par le genre. Au contraire, la sexualité s'inscrit dans des pratiques fluides et performatives qui peuvent transcender, contester, voire subvertir les normes hétérosexuelles dominantes (Butler, 1990; Diamond, 2008). Cette coexistence entre persistance des scripts normatifs et émergence de sexualités plus diversifiées et fluides illustre la complexité des vécus sexuels contemporains (Carpenter, 2020).

La sexualité est donc multidimensionnelle et fluide, ce qui signifie que l'identité sexuelle qu'une personne revendique ne correspond pas nécessairement à son orientation ou à ses comportements sexuels, lesquels peuvent évoluer dans le temps et en fonction des situations. Notre compréhension de la sexualité et de l'orientation sexuelle est profondément marquée par le contexte culturel et historique, ce qui permet de reconnaître que les comportements homosexuels et la non-conformité de genre existent de manière constante, non seulement chez les humains, mais également chez de nombreuses espèces non humaines (Blank, 2012).

Il est fondamental que les professionnels de la santé comprennent clairement ces définitions. Selon l'OMS (2010), *le sexe* est défini par des caractéristiques biologiques observées à la naissance, souvent classifiées comme sexe masculin, sexe féminin ou intersexe. En revanche, *le genre* est une construction sociale plus complexe, qui dépasse les simples différences anatomiques ou biologiques (De Lauretis, 2010). Le genre est façonné par divers discours et institutions tels que la famille, la religion, l'éducation, les médias, la médecine, ainsi que par le droit. Par ailleurs, des influences culturelles moins visibles, comme la langue, l'art, la littérature, le cinéma ou encore diverses théories sociologiques, participent également à la construction du genre (De Lauretis, 2010). Le genre et la sexualité sont continuellement influencés par le sexe biologique tout au long de la vie, dès l'enfance, et restent en constante évolution.

L'OMS (2010) définit la santé sexuelle comme un état de bien-être physique, mental et social lié à la sexualité. Elle requiert une approche positive et respectueuse des relations sexuelles, permettant des expériences agréables et sécurisées, exemptes de coercition, de discrimination ou de violence.

Les professionnels de la santé doivent comprendre comment les individus s'identifient, que ce soit par leur sexe biologique ou par d'autres moyens, et reconnaître que leurs propres valeurs et scripts sexuels peuvent influencer la qualité des soins qu'ils offrent. Par exemple, un professionnel avec des vues conservatrices sur la sexualité pourrait éprouver des difficultés à engager une discussion avec une personne dont l'orientation sexuelle dépasse les normes hétéromononormatives (Pallotta-Chiarolli, 2010). De plus, pour offrir des soins adaptés, il est crucial de distinguer orientation sexuelle et comportement sexuel, ces deux dimensions ne coïncidant pas toujours et pouvant évoluer dans le temps. Il est donc essentiel que les professionnels posent des questions pertinentes et ouvertes afin d'obtenir des informations précises et significatives (Blunt-Vinti et al., 2018). Cette compréhension fine contribue à des soins plus respectueux des besoins individuels.

Hétérosexualité, hétéromononormativité et mononormativité

Cette thèse s'appuie principalement sur les travaux de Blank (2012) et de Foucault (1994), deux références majeures qui ont profondément influencé la compréhension contemporaine de l'hétérosexualité comme construction sociale. Blank (2012) retrace l'émergence du terme et montre comment il a été institutionnalisé comme norme dominante à partir de la fin du XIXe siècle, en lien avec les transformations médicales, juridiques et sociales de l'époque. Foucault (1994), quant à lui, analyse les discours de pouvoir qui ont façonné les catégories sexuelles en Occident, révélant les mécanismes par lesquels l'hétérosexualité s'est imposée comme norme régulatrice des pratiques et des identités sexuelles. Ces perspectives, complémentaires, éclairent les processus

historiques et discursifs ayant contribué à naturaliser l'hétérosexualité comme cadre de référence universel.

Le terme « hétérosexualité », issu du préfixe grec heteros (« autre » ou « différent »), désigne aujourd'hui l'attirance sexuelle et romantique entre un homme et une femme cisgenres. Cependant, cette définition ne relève ni de l'évidence ni de l'universalité. L'émergence du terme à la fin du XIXe siècle visait à catégoriser les comportements sexuels dans un contexte de médicalisation croissante de la sexualité (Blank, 2012; Foucault, 1994). Son usage a contribué à établir des normes de genre et des comportements attendus selon le sexe, tout en créant, par contraste, les catégories « homosexuel » et « déviant ». Il s'agit donc d'un processus politique et idéologique, plus que scientifique, qui a participé à construire l'hétérosexualité comme norme invisible, mais structurante.

Comme le souligne Ahmed (2006), les normes hétérosexuelles sont rarement perçues par ceux qui en bénéficient, précisément parce qu'elles sont omniprésentes, naturalisées et intégrées aux institutions, aux discours et aux pratiques quotidiennes. L'hétérosexualité fonctionne dès lors comme un point d'ancrage invisible, un « état de fait » socialement imposé, qui façonne les imaginaires collectifs. À l'image du poisson qui ne perçoit pas l'eau dans laquelle il nage, les personnes hétérosexuelles et cisgenres reconnaissent rarement les privilèges liés à leur conformité aux normes dominantes.

Cette naturalisation de l'hétérosexualité s'est également accompagnée de l'effacement volontaire des histoires, réalités et expériences des personnes 2ELGBTQIA+. Comme le rappellent Monaghan et al. (2019) ainsi que Nicolazzo (2021), ces vécus ont souvent été exclus des récits historiques par le biais de la censure, de la médicalisation, de la négligence ou de la réécriture idéologique. Il en résulte une représentation biaisée de la sexualité humaine, où seule l'hétérosexualité semble légitime, visible et valorisée.

Or, les concepts contemporains d'identités « homosexuelle », « bisexuelle », « transgenre » et les notions plus larges d'orientation sexuelle ou de diversité de genre sont des constructions sociales récentes dans l'histoire occidentale (Blank, 2012; Katz, 2007; Jagose, 2010). Ce n'est que depuis environ 170 ans que des mouvements organisés ont commencé à revendiquer les droits des personnes marginalisées sur la base de leur orientation sexuelle ou de leur expression de genre. Ce tournant s'est accompagné d'un glissement des discours pathologisants vers des perspectives fondées sur les droits humains, l'autonomie et la justice sociale (Drescher, 2015; Nadal, 2017; Giffney & O'Rourke, 2009).

Ainsi, interroger la construction de l'hétérosexualité et les mécanismes de pouvoir qui la soutiennent permet de mieux comprendre les dynamiques d'exclusion et de marginalisation qui affectent les personnes 2ELGBTQIA+. Cette posture est essentielle pour dénaturer les normes dominantes et ouvrir la voie à des pratiques plus inclusives, notamment dans les domaines de la santé, de l'éducation et de la parentalité. Le concept d'hétéronormativité, apparu dans les années 1990 (Warner, 1991), désigne la croyance que l'hétérosexualité est la seule expression normale et naturelle de la sexualité humaine (Warner, 1991). Cette idéologie repose sur un ensemble de normes et d'attentes sociales qui renforcent la primauté et la naturalisation de l'hétérosexualité. Elle façonne ainsi les institutions, les discours et les comportements au point de marginaliser et invisibiliser les orientations sexuelles non conformes. La cishnormativité, concept connexe, se manifeste par le déni de l'existence ou des réalités vécues par les personnes transgenres, favorisant les expériences des personnes dont l'identité de genre correspond au sexe assigné à la naissance (Nadal, 2013). Cette norme contribue à l'effacement social et institutionnel des personnes trans, amplifiant les inégalités dans l'accès aux droits et aux soins (Bauer et al., 2017).

L'hétéronormativité promeut également l'idéalisation de la monogamie hétérosexuelle. Ce modèle, appelé mononormativité, naturalise la monogamie comme la norme relationnelle et sexuelle dominante (Barker & Langdridge, 2010; Conley et al., 2013). Ces travaux sont essentiels dans la littérature contemporaine pour comprendre comment la monogamie est construite non seulement comme un modèle relationnel privilégié, mais aussi comme une norme sociale régulatrice qui influence profondément les perceptions culturelles des relations amoureuses et sexuelles. Selon Damois (2020), dont l'analyse sociologique approfondie éclaire les différentes formes de monogamie, celle-ci est souvent comprise comme la relation exclusive à un seul partenaire pendant toute la vie, tandis que la monogamie sérielle, plus répandue, désigne une succession de relations exclusives, chacune basée sur l'exclusivité émotionnelle et sexuelle. L'auteur souligne que toute relation extraconjugale est perçue comme une infidélité, donc non consensuelle (Damois, 2020). La monogamie hétérosexuelle se définit ainsi comme l'union exclusive entre un homme et une femme, excluant explicitement les relations homosexuelles ou polyamoureuses. Ces références permettent de saisir la manière dont les normes relationnelles dominantes sont naturalisées et imposées socialement.

En réponse à cette norme dominante, la non-monogamie consensuelle aussi appelée non-monogamie éthique, regroupe diverses formes de relations dans lesquelles les partenaires conviennent mutuellement d'entretenir des relations sexuelles ou amoureuses avec plusieurs personnes en dehors du couple principal (Barker & Langdridge, 2010; Conley et al., 2013). Ces formes relationnelles questionnent la naturalisation de la monogamie et ouvrent la voie à une diversité des modèles amoureux et sexuels. Conley et al. (2013) est l'un des rares travaux empiriques largement cités dans la littérature en psychologie sociale qui examine de manière systématique les attitudes, les dynamiques relationnelles, la satisfaction et les préjugés entourant la non-monogamie consensuelle. Cette étude est essentielle car elle déconstruit les stéréotypes associés à

la non-monogamie, en démontrant, par exemple, que les individus engagés dans des relations non-monogames consensuelles peuvent présenter des niveaux de satisfaction relationnelle, de communication et d'attachement comparables, voire supérieurs, à ceux observés dans des relations monogames traditionnelles. Depuis, les travaux d'Avanthay Strus et Polomeno (2021, 2024a, 2024b, 2025) ainsi que ceux d'Arseneau et ses collaborateurs (2019) viennent appuyer ces constats.

La normalisation de l'hétérosexualité monogame influence non seulement les normes culturelles dominantes, mais a également des impacts profonds sur les personnes qui ne se conforment pas à ces normes, que ce soit en raison de leur orientation sexuelle, identité de genre ou style relationnel (Barker & Langdrige, 2010; Conley et al., 2013). La normalisation de l'hétérosexualité peut engendrer exclusion, invisibilisation et stigmatisation, soulignant ainsi la nécessité d'une remise en question critique de ces modèles pour une meilleure inclusion sociale.

La sexualité : un droit fondamental

La *Déclaration de Montréal* (World Association for Sexual Health, 2005) revendique pour des droits fondamentaux liés à la sexualité, en soulignant leur pertinence pour la prestation de soins de santé équitables et inclusifs. Plusieurs objectifs sont particulièrement pertinents dans le cadre de cette thèse, notamment :

- Objectif 4 : Offrir un accès universel à des informations et à une éducation sexuelle complètes ;
- Objectif 5 : Assurer que les programmes de santé reproductive reconnaissent l'importance centrale de la sexualité ;
- Objectif 6 : Freiner et inverser la propagation du VIH/sida et des autres infections sexuellement transmissibles ;

- Objectif 8 : Reconnaître le plaisir sexuel comme une composante essentielle du bien-être ([traduction libre], World Association for Sexual Health, 2005).

De manière complémentaire, l’OMS a élargi en 2010 sa définition de la santé sexuelle. Cette mise à jour lie indissociablement la santé sexuelle aux droits sexuels, qui comprennent notamment :

- Le droit à l’égalité et à la non-discrimination ;
- Le droit à la vie privée et à la sécurité;
- Le droit à l’intégrité corporelle et à l’absence de traitement cruel, inhumain ou dégradant;
- Le droit d’atteindre le meilleur état de santé possible (y compris la santé sexuelle);
- Le droit de fonder une famille, de se marier librement et de dissoudre ce mariage dans l’égalité;
- Le droit de décider librement du nombre et de l’espacement de ses enfants ;
- Le droit à l’accès à l’information, à l’éducation, à la liberté d’opinion et d’expression;
- Le droit à un recours effectif en cas de violation des droits fondamentaux ([traduction libre], OMS, 2006/2010).

Ces principes soulignent l’importance de reconnaître la sexualité comme une dimension essentielle de la santé globale et du bien-être, et de s’assurer que les systèmes de soins respectent et protègent ces droits pour toutes les personnes, quelles que soient leur identité sexuelle, affective ou de genre et l’expression de ces dernières.

La *Déclaration des droits sexuels* (World Association for Sexual Health, 2014) renforce encore cette perspective en affirmant explicitement 16 droits sexuels

fondamentaux Parmi ceux-ci, les droits à la liberté, à l'autonomie, à la vie privée, à l'intégrité corporelle, à l'expression sexuelle, à l'éducation et aux soins de santé sexuelle sont particulièrement pertinents pour cette thèse (droits 1 à 7, 9 à 10, 12 à 14 et 16 ; voir Annexe 1). Ces droits sont souvent mis à mal dans les trajectoires de soins vécues par les personnes 2ELGBTQIA+. En effet, nombre de ces personnes ne se sentent pas en sécurité pour divulguer leur identité sexuelle, affective ou de genre dans les contextes de soins, ce qui compromet leur accès à des soins adaptés, respectueux et équitables. L'invisibilisation, la stigmatisation ou l'absence de reconnaissance explicite de leurs réalités dans les systèmes de santé constitue une violation implicite de plusieurs de ces droits fondamentaux. Toutefois, le Canada n'a pas pris de position officielle concernant son adhésion à ces droits considérés comme fondamentaux.

L'idée selon laquelle la sexualité est une caractéristique stable, innée et biologiquement déterminée a longtemps dominé les discours académiques, juridiques et médiatiques, laissant peu de place à la fluidité, à la diversité et à la complexité des identités sexuelles (Diamond, 2008). Ce cadre rigide est reproduit dans de nombreuses sphères sociales, notamment les écoles, où les normes et programmes d'éducation sexuelle sont encore largement hétéro- et cisnormatifs (Boyce et al., 2018; Taylor et al., 2020). Par exemple, bien que les jeunes 2ELGBTQIA+ présentent des taux plus élevés de comportements sexuels à risque en raison d'un manque d'information adaptée, la majorité des programmes d'éducation sexuelle continuent de négliger leurs réalités et besoins spécifiques, renforçant ainsi leur invisibilité et leur vulnérabilité (De Vries, 2014; Frost et al., 2019).

Enjeux de santé et bien-être au sein des communautés 2ELGBTQIA+

Discrimination et stigmatisation des personnes 2ELGBTQIA+ au Canada

Au Canada, la discrimination envers les personnes 2ELGBTQIA+ dans les soins de santé demeure une problématique structurelle persistante, malgré les avancées juridiques en matière de droits civils. L'accès équitable à des soins de qualité est entravé par une combinaison de préjugés individuels, de biais implicites et de barrières systémiques, affectant la satisfaction des soins, la santé physique et mentale ainsi que le bien-être global de ces populations (Prada et al., 2021; Yu et al., 2023).

Sur le plan clinique, plusieurs études rapportent des refus de soins, des retards de traitement et des attitudes discriminatoires envers les personnes trans, non binaires et queer (Comeau et al., 2023; Goldhammer et al., 2018). Même si les attitudes explicites s'améliorent, les biais implicites, souvent inconscients, continuent d'influencer les interactions avec les patients et les décisions cliniques (Griggs et al., 2021; Searle, 2019). Ces biais, parfois subtils, engendrent des soins inadéquats fondés sur des hypothèses hétéronormatives erronées (Primeau et al., 2023). En effet, de nombreuses études ont démontré que certain·e·s patient·e·s renoncent à accéder aux soins de santé, ou y recourent tardivement, en raison de la crainte de subir des attitudes discriminatoires (Avanthay Strus et Polomeno, 2021; Kerppola, 2019)

Les systèmes de santé reproduisent également ces iniquités: formulaires, dossiers médicaux, environnements physiques, procédures administratives et langage utilisé ne tiennent pas compte de la diversité des identités sexuelles et de genre (Griggs et al., 2021). Ce manque de reconnaissance institutionnelle alimente la non-divulgation d'identités, ce qui nuit à la qualité et à la continuité des soins. Ces mécanismes d'exclusion sont aggravés pour les personnes se situant à l'intersection d'autres rapports de pouvoir (langue, race, statut socioéconomique), comme les personnes 2ELGBTQIA+ francophones ou autochtones vivant en situation minoritaire (Gouvernement du Manitoba, 2020). Ce manque de connaissances peut être attribué, du moins en partie, aux lacunes des programmes de formation des professionnels de la santé, qui les préparent

insuffisamment à aborder les enjeux liés à la sexualité de manière globale et, plus encore, à répondre adéquatement aux besoins de populations diversifiées sur les plans sexuel, identitaire et culturel (Azar et Bradburry-Jones, 2022; Polomeno et Avanthay Strus, 2021). Les 50 études recensées par Saadat et al., (2024) signalent des niveaux variables de discrimination au sein des systèmes de santé publics, souvent en contradiction avec les politiques progressistes canadiennes. Parmi les barrières récurrentes figurent la mauvaise utilisation des pronoms, la non-confidentialité des données sensibles et le refus ou le report de traitements. Les personnes trans de couleur sont particulièrement exposées à des formes croisées de violence systémique, notamment en milieu rural où les ressources spécialisées sont rares, les coûts élevés et les couvertures d'assurance insuffisantes (Saadat et al., 2024)

Ce constat dépasse les frontières canadiennes : Voultos et al. (2021) ont mis en évidence des enjeux similaires en Grèce, tels que le manque d'information des professionnels de santé, l'aggravation de la dysphorie de genre ou les perceptions négatives de la parentalité 2ELGBTQIA+. La recherche antérieure (Light et al., 2014) confirme la persistance d'une méconnaissance généralisée des réalités queer dans la pratique clinique.

L'enquête pancanadienne Trans PULSE (Trans PULSE Canada Team, 2020) révèle des inégalités marquées : 45 % des personnes trans interrogées déclarent avoir des besoins de santé non comblés, 40 % vivent sous le seuil de pauvreté. De plus, les personnes bisexuelles font face à des taux d'insécurité alimentaire deux fois plus élevés que les personnes hétérosexuelles. Ces données illustrent l'importance d'une analyse intersectionnelle pour comprendre les effets cumulatifs de l'oppression liée au genre, à l'orientation sexuelle, à la race ou à la classe sociale (McCann & Brown, 2018).

Malgré un discours national valorisant les droits 2ELGBTQIA+, les expériences vécues témoignent d'une réalité bien différente, particulièrement au Manitoba, où

persistent des barrières systémiques à l'accès aux soins, à la reconnaissance identitaire et à la pleine citoyenneté (Prada et al., 2021). La Commission des droits de la personne du Manitoba veille au respect du Code des droits de la personne, qui interdit la discrimination fondée sur le sexe, l'identité de genre et l'expression de genre (Gouvernement du Manitoba, 2020). Toutefois, au-delà du mandat de la Commission des droits de la personne du Manitoba, qui porte sur le traitement défavorable fondé sur des caractéristiques précises, des disparités économiques, sociales et sanitaires continuent néanmoins de marginaliser ces communautés (Emlet, 2016). Parmi les populations les plus vulnérables figurent les hommes trans, qui rencontrent d'importants obstacles à des soins compétents. Près de 50 % d'entre eux doivent former leurs propres prestataires de soins (MacDonald, 2019), et un tiers a déjà été victime de refus de traitement ou d'hostilité verbale (MacLean, 2021). La méconnaissance des réalités contraceptives spécifiques, notamment chez les jeunes trans et les personnes plurisexuelles, contribue à des taux élevés de grossesses non planifiées (Bowling et al., 2017; Badawy et al., 2023). Ces lacunes reflètent les présupposés hétéronormatifs selon lesquels, par exemple, les femmes lesbiennes ne seraient pas exposées au risque d'une grossesse (Goldberg, 2005).

La marginalisation persistante engendre un stress minoritaire chronique, pression psychosociale propre aux groupes opprimés dans une société hétéro-cisnormative, qui influence significativement les trajectoires de santé mentale. Ce stress est lié à des taux accrus d'anxiété, de dépression, de suicidalité et d'isolement (De Vries, 2014; Frost et al., 2019; Griggs et al., 2021).

Les répercussions ne se limitent pas à la santé mentale. Les personnes 2ELGBTQIA+ présentent aussi des taux supérieurs de maladies chroniques (asthme, obésité, diabète, cancer), des limitations fonctionnelles, des troubles du sommeil, ainsi que des vulnérabilités liées à la santé sexuelle (Dai & Hao, 2019; Egale, 2020; Standing

Committee on Health, 2019). Ces inégalités sont renforcées par l'exclusion des déterminants sociaux fondamentaux comme le logement ou la sécurité alimentaire (Egale, 2020; Fredriksen-Goldsen et al., 2013).

Enfin, certaines étapes de vie, comme la transition à la parentalité, peuvent exacerber ces vulnérabilités. Liu et al. (2024) révèlent que les personnes 2ELGBTQIA+ sont deux fois plus susceptibles d'être maltraitées dans le cadre de soins périnataux, souvent en raison de l'ignorance de leurs besoins spécifiques par les professionnels de la santé. La section suivante se penche sur les enjeux spécifiques auxquels sont confrontées les personnes 2ELGBTQIA+ durant la transition à la parentalité, en commençant par une définition de ce concept.

La transition à la parentalité

Une des rares définitions structurées de la transition vers la parentalité est celle de Polomeno (2013), élaborée à l'origine pour soutenir le développement des cours prénataux dans un cadre hétérosexuel, impliquant un homme cisgenre et une femme cisgenre. Elle définit cette transition comme « la période qui commence avec la décision d'avoir un enfant ou de devenir enceinte et se termine lorsque l'enfant a 2 ans » (p. 36). Pour en rendre compte, Polomeno (2000) propose un modèle en neuf phases, allant de la décision de concevoir jusqu'à la deuxième année de vie de l'enfant : « Phase 1 - la décision de devenir enceinte; Phase 2 - la création physique du bébé; Phase 3 - la grossesse; Phase 4 - la naissance; Phase 5 - le postpartum immédiat, y compris les premières 6 semaines; Phase 6 - de 1 ½ à 6 mois; Phase 7 - de 6 à 12 mois; Phase 8 - de 12 à 18 mois; Phase 9 - de 18 à 24 mois » (p. 40-41)

Ces travaux, tout comme ceux de Cowan et Cowan (2000) et de Rossi (1989), ont largement contribué à théoriser la transition vers la parentalité et continuent d'influencer les recherches actuelles. Ils ont notamment permis de mettre en lumière les profonds

réajustements que cette période impose aux couples, sur les plans physique, psychologique, émotionnel, relationnel et sexuel. Une contribution importante de ces auteurs est l'identification de trois rôles essentiels que les parents doivent concilier : celui de parent, de partenaire et d'amant (Briggs et al., 2005 ; Polomeno, 2007). Lorsque l'attention est principalement dirigée vers le rôle parental, comme c'est souvent le cas à l'arrivée d'un enfant, les deux autres dimensions peuvent s'effriter, ce qui compromet l'équilibre conjugal et, ultimement, familial.

Parmi les aspects souvent négligés pourtant fondamentaux, l'intimité et la sexualité jouent un rôle crucial dans le maintien du lien entre partenaires (Polomeno, 2014). L'intimité, entendue comme la capacité à partager ses pensées, ses émotions et sa vulnérabilité dans un climat de confiance et de proximité, peut s'éroder sous l'effet des multiples bouleversements de cette période (Polomeno, 2013, 2014). Elle nécessite certaines conditions, dont la réciprocité, le dévoilement de soi et le soutien mutuel (Polomeno, 2014). Chez de nombreuses femmes, ces bouleversements incluent la fatigue, les changements corporels, la surcharge mentale, le stress professionnel et les doutes parentaux, qui viennent entraver la réappropriation du rôle d'amante (De Pierrepont et al., 2016). Quatre schémas d'intimité/vulnérabilité ont été identifiés : élevée/élevée, élevée/faible, faible/élevée, et faible/faible. Chacun influence différemment la dynamique conjugale, pouvant mener à un engagement profond ou, au contraire, à un désengagement émotionnel (Polomeno, 2014). Sans un sentiment d'intimité ou de partenariat, les réactions peuvent varier : abandon émotionnel, repli sur soi, tristesse, dépression, ou encore reproches envers l'autre (Polomeno, 2013). Le rétablissement ou le maintien de cette intimité est donc essentiel à l'adaptation relationnelle.

Du côté des hommes, bien que longtemps sous-étudiée, l'expérience de la transition vers la parentalité fait désormais l'objet d'un intérêt croissant. En complément des observations plus anciennes (Condon et al., 2004), des recherches récentes

confirment que les pères vivent eux aussi des défis majeurs liés à la redéfinition de leur rôle, à la pression financière, à la fatigue, à l'isolement et aux changements dans la sexualité conjugale. Ces difficultés sont amplifiées par des normes de genre persistantes, un manque de modèles masculins et une réticence à chercher du soutien émotionnel. Sur le plan de la santé mentale, Da Costa et al. (2023) rapportent qu'environ 10 % des pères vivent une dépression périnatale, un taux qui atteint 30 à 50 % lorsque la conjointe est également atteinte. Ces états de détresse ont des répercussions non seulement sur la relation de couple, mais aussi sur le développement socioémotionnel de l'enfant (Challacombe et al., 2023).

Lorsque cette transition est complexifiée par un enfant aux besoins particuliers (problèmes de santé chroniques, dépression post-partum, difficultés financières, etc.) les risques de détérioration de la satisfaction conjugale, de diminution de l'intimité sexuelle et de séparation s'accroissent (Lowdermilk, 2024). La première année suivant l'arrivée de l'enfant est également associée à une hausse du risque de violence conjugale, notamment en raison de la surcharge mentale et émotionnelle et dans certains cas la période périnatale (Lowdermilk, 2024).

Malgré leur importance, peu d'études ont intégré de façon holistique les trois rôles, parent, partenaire, amant, dans un même cadre analytique. La majorité des recherches demeurent centrées sur les mères hétérosexuelles, en laissant dans l'ombre l'expérience des pères et, plus encore, celle des personnes issues de la diversité sexuelle et de genre. Certaines études commencent toutefois à combler ces lacunes.

Chez les femmes plurisexuelles, Goldberg et al. (2018) ont montré que la stigmatisation intériorisée et les tensions identitaires pouvaient nuire à la qualité relationnelle en début de parentalité, entraînant une hausse des conflits et des symptômes dépressifs. La qualité de la relation conjugale réfère à l'ensemble des dimensions qui caractérisent le fonctionnement et le bien-être au sein d'un couple, incluant les efforts pour

préserver et renforcer le lien, le niveau de conflit, l'affection ou l'amour partagé, et l'ambivalence ressentie par les partenaires. Elle peut varier selon les caractéristiques des partenaires, comme leur identité sexuelle ou la combinaison de leurs identités au sein du couple (Goldberg et al., 2018). Goldberg et Smith (2010) ont également observé une diminution généralisée de la qualité de la relation conjugale dans la première année suivant l'adoption, indépendamment de l'orientation sexuelle, mais avec des variations selon le genre et les stratégies d'adaptation utilisées.

Bien que les écrits sur la transition à la parentalité soient riches, ils portent majoritairement sur les expériences liées à la santé, à la parentalité et plus récemment aux identités 2ELGBTQIA+. Peu d'études abordent explicitement le contexte des minorités linguistiques. Certaines recherches documentent néanmoins l'impact des barrières linguistiques sur l'accès aux soins périnataux et sur la qualité de l'expérience de santé maternelle et infantile. Par exemple, des travaux menés auprès de francophones en situation minoritaire au Canada montrent que la disponibilité limitée de services dans la langue maternelle peut restreindre l'accès à l'information, compliquer la communication avec les prestataires de soins et influencer les résultats de santé (Auger, Bilodeau-Bertrand & Lafleur, 2023; Lacaze-Mamonteil et al., 2013). D'autres études indiquent que les obstacles linguistiques sont également liés à des pratiques institutionnelles et organisationnelles qui privilégient la langue dominante, reproduisant ainsi des inégalités dans l'accès et l'expérience des soins (de Moissac et Bowen, 2019). Ces résultats suggèrent que la langue et le contexte linguistique constituent des déterminants sociaux importants de la parentalité, tout en soulignant le manque de recherches explorant la combinaison de minorité linguistique et minorité sexuelle dans la transition à la parentalité.

Dunlap et Brumberg (2025), dans leur revue des écrits, ont observé que le fait de préférer une langue autre que la langue dominante dans un système de santé, par

exemple une langue minoritaire, est associé à des disparités dans les soins périnataux, incluant des difficultés d'accès, une communication sous-optimale et des résultats de santé moins favorables autour de la grossesse et de l'accouchement. Ces observations confirment que les obstacles linguistiques dépassent la compétence individuelle et s'inscrivent dans des pratiques organisationnelles et institutionnelles qui privilégient la langue dominante, reproduisant des inégalités dans l'expérience des soins. Ainsi, comme le montrent Dunlap et Brumberg (2025), le choix de la langue préférée influence directement l'accès aux services périnataux et les résultats maternels et néonataux, ce qui souligne l'importance de politiques et de pratiques linguistiquement inclusives. Ceci a été renforcé par les participant.e.s de notre recherche doctorale. Ces études toutefois n'avaient pas inclus les parents 2ELGBTQIA+.

Ainsi, bien que les écrits séminaux de Polomeno, Cowan et Cowan, Rossi et autres continuent de fournir un socle théorique précieux, ils reposent sur des cadres hétéro- et cisnormatifs qui ne reflètent pas la diversité des trajectoires parentales contemporaines. Afin de mieux saisir les réalités des familles 2ELGBTQIA+ ainsi que celles qui accèdent à la parentalité sans vivre de grossesse ni d'accouchement, nous proposons une adaptation inclusive de ces phases.

Cette nouvelle modélisation comprend cinq grandes étapes :

- Phase 1 – Décision de devenir parent
- Phase 2 – Période d'attente de l'enfant
- Phase 3 – Arrivée de l'enfant
- Phase 4 – Premières six semaines
- Phase 5 – De six semaines à deux ans avec l'enfant

Les éléments évoqués précédemment, notamment l'intimité, la sexualité, la santé mentale, la dynamique conjugale et la conciliation des rôles, seront explorés en

profondeur à travers chacune de ces phases. L'objectif est de mieux comprendre, à la lumière des travaux récents, comment ces dimensions s'entrecroisent dans des contextes variés, en tenant compte des défis, des forces et des stratégies d'adaptation propres aux familles contemporaines, en particulier celles issues de la diversité sexuelle, de genre et de structure familiale. Il importe toutefois de souligner que les publications traitant de la transition vers la parentalité n'identifient pas toujours explicitement les identités sexuelles, affectives et de genre des personnes participantes. Ainsi, dans ce qui suit, nous reprendrons, dans la mesure du possible, les formulations employés par les auteurs afin de clarifier qui est inclus dans chaque étude. Plusieurs recherches se sont concentrées sur les besoins des femmes lesbiennes ou ont abordé les réalités des personnes lesbiennes gai, bisexuelle et trans de manière globale. Toutefois, les expériences spécifiques des personnes bisexuelles, trans (y compris les personnes non binaires, genre fluide, etc.) et bispirituelles demeurent largement sous-explorées. De plus, très peu d'études tiennent compte de l'intersection d'identités multiples, comme le fait d'être une personne racisée ou d'expression française en contexte minoritaire. Cette lacune renforce la pertinence d'une approche inclusive et nuancée pour analyser la transition vers la parentalité.

Phase 1 – Décision de devenir parent

Les motivations pour devenir parent. Les motivations pour devenir parent chez les personnes 2ELGBTQIA+ présentent de nombreuses similitudes avec celles des couples hétérosexuels, la décision étant le plus souvent mûrement réfléchie et influencée par divers facteurs, tels que les défis financiers, les normes sociales, ainsi que l'exposition à d'autres familles 2ELGBTQIA+ (Greenfeld & Seli, 2016 ; Kerppola et al., 2020 ; Schwartz & Baral, 2015). Cependant, aucune étude semble avoir mentionné les défis liés à l'âge des personnes 2ELGBTQIA+ qui transitionnent vers la parentalité. Toutefois, certains groupes, notamment les femmes issues de minorités sexuelles et de genre aussi face à

des grossesses non planifiées, souvent inattendues. Cette réalité complexe révèle que, malgré une intention parentale majoritaire, des expériences divergentes existent au sein de la communauté 2ELGBTQIA+.

Concernant les femmes transgenres, la littérature reste limitée, mais ces dernières participent activement à la parentalité, souvent en tant que partenaires de femmes cisgenres, mêlant ainsi des vécus spécifiques liés à leur identité transgenre et aux réalités périnatales (Darwin & Greenfield, 2019). Du côté des hommes transgenres, le désir de parentalité, y compris par la grossesse, est fréquent bien que peu documenté à ce jour (Charter et al., 2018 ; Light et al., 2018). Un facteur important dans la décision de qui portera l'enfant est la peur de l'accouchement: certaines personnes lesbiennes, bisexuelles ou transgenres choisissent de porter l'enfant malgré leurs craintes, tandis que d'autres préfèrent confier cette étape à leur partenaire (Malmquist et al., 2021).

Le faible nombre de statistiques disponibles s'explique en partie par la très faible proportion de personnes transgenres dans la population générale (0,39 % à 0,6 % aux États-Unis, avec plus d'hommes transgenres que de femmes transgenres (Meerwijk & Sevelius, 2017 ; Flores et al., 2016) et par la sous-déclaration probable liée au manque de méthodes de collecte de données inclusives du genre à l'échelle mondiale, où les personnes transgenres représenteraient environ 0,5 % de la population mondiale (Finlayson et al., 2016 ; MacLean, 2021 ; Richardson et al., 2019). De plus, la recherche sur les expériences de naissance chez les couples de femmes s'est historiquement concentrée sur les femmes cisgenres, sans distinguer les expériences spécifiques des femmes transgenres, et il n'existe actuellement aucune littérature consacrée aux vécus périnataux des femmes transgenres (Darwin & Greenfield, 2019).

Enfin, les obstacles légaux, sociaux et financiers demeurent des freins majeurs à la parentalité pour les personnes lesbiennes, bisexuelles et transgenres, qui doivent

souvent naviguer entre des modèles familiaux hérités d'un cadre hétéronormatif peu adapté à leurs réalités (Turban et al., 2023).

Les soins préconceptionnels. Les soins préconceptionnels représentent une zone encore peu explorée dans la recherche, particulièrement chez les personnes 2ELGBTQIA+, dont les besoins varient grandement selon les identités sexuelles, affectives et de genre (Schwartz & Baral, 2015). Par exemple, les hommes transgenres reçoivent souvent un soutien insuffisant en matière de reproduction et de parentalité comparativement aux individus cisgenres, ce qui peut avoir des répercussions négatives sur leur santé reproductive (Charter et al., 2018 ; Hoffkling et al., 2017). Toutefois, des expériences positives ont été rapportées dans des milieux cliniques inclusifs, où les professionnel·les de santé s'investissent à mieux comprendre la santé des personnes transgenres (Hoffkling et al., 2017 ; Richardson et al., 2019).

Dans certains pays comme la Suède, des mesures avancées telles que la préservation de la fertilité par congélation des gamètes sont offertes aux patients transgenres (Payne & Erbenius, 2018). Cette démarche est complexe, car les professionnels de santé doivent prendre en compte les antécédents médicaux, notamment les traitements hormonaux et chirurgicaux, tout en faisant face à une stigmatisation spécifique aux personnes trans (Jones et al., 2016). Par ailleurs, les hommes transgenres sont souvent référés à la préservation de fertilité plus tardivement et après une plus longue durée de traitement hormonal croisé que les femmes transgenres, soulignant la nécessité d'une sensibilisation accrue et d'une accessibilité améliorée aux technologies de préservation dès le début de la transition (Maxwell et al., 2017 ; Price et al., 2019).

Les soins individualisés sont essentiels pour répondre aux besoins variés des hommes transgenres en matière de transition de genre, contraception, grossesse, accouchement et allaitement (Hoffkling et al., 2017 ; MacDonald et al., 2016 ; MacLean,

2021 ; Richardson et al., 2019). Les antécédents reproductifs incluent l'utilisation de la testostérone, la présence d'organes reproducteurs intacts, les chirurgies de confirmation de genre, et les désirs spécifiques de grossesse (Charter et al., 2018 ; Light et al., 2018). La décision de transition peut influencer le désir de parentalité, permettant à certains hommes transgenres de se projeter comme pères plutôt que comme mères, ce qui est souvent vécu comme une libération (Charter et al., 2018 ; Chen & Simons, 2018). Il est également crucial d'informer que la testostérone ne constitue pas une méthode contraceptive fiable, la grossesse pouvant survenir malgré son utilisation, avec des risques pour le fœtus (Krempasky et al., 2020).

Pour les femmes lesbiennes et bisexuelles, l'accès aux services de fertilité présente aussi plusieurs défis. Une étude australienne a montré qu'une majorité d'entre elles utilise des services de fertilité, notamment l'insémination avec donneur de sperme et la fécondation in vitro (Kerppola et al., 2020). Malgré un stress parental parfois moindre que chez les couples hétérosexuels en passant par la fécondation in vitro, ces familles font face à des évaluations psychosociales souvent intrusives, à des coûts élevés et à des politiques discriminatoires fondées sur la nécessité d'une figure paternelle (Blackwell & Blackwell, 1999 ; Shelley-Sireci & Ciano-Boyce, 2002 ; Woodward & Norton, 2006). Ces facteurs s'ajoutent à un environnement de soins fréquemment perçu comme hétéronormatif, rendant la divulgation de l'orientation sexuelle un élément clé pour éviter les malentendus et les discriminations (Appelgren Engström et al., 2018 ; Kerppola et al., 2020).

Enfin, les décisions relatives aux soins sexuels et reproductifs chez les personnes 2ELGBTQIA+ sont fortement influencées par le soutien social, notamment les échanges positifs avec amis et famille. Le soutien social joue un rôle important dans l'éducation sexuelle et la préparation à la parentalité (Saadat et al., 2024). Cependant, la peur du rejet familial, le manque de communication adaptée avec les professionnels de la santé et des

environnements parfois perçus comme hostiles restent des obstacles majeurs à l'accès aux soins. Il est ainsi essentiel que les professionnels de la santé utilisent un langage inclusif et affirmant des genres pour offrir des soins plus adaptés et respectueux (Saadat et al., 2024). Par ailleurs, de nombreuses personnes recherchent des informations en ligne, valorisant le partage d'expériences tout en les combinant avec les conseils professionnels (Holland, 2019).

Phase 2 – Période d'attente de l'enfant

La période de l'attente de l'enfant, que celle-ci soit liée à une grossesse ou à un processus d'adoption, représente une étape marquée par de nombreux ajustements physiques, psychologiques et sociaux. Pour les parents 2ELGBTQIA+, ces ajustements sont souvent amplifiés par des dynamiques d'invisibilité, de stigmatisation ou de discrimination.

Expériences pendant la grossesse. Les personnes enceintes peuvent vivre une variété de changements corporels et émotionnels qui influencent leur bien-être et leur sexualité. Certaines peuvent ressentir de la gêne liée à leur image corporelle, une baisse du désir sexuel ou une intensification de la dysphorie de genre, particulièrement chez les hommes transgenres (MacLean, 2021; Ellis & Phillips, 2023). D'autres, au contraire, peuvent vivre des moments d'acceptation corporelle accrue, notamment en donnant un sens à ces transformations (MacDonald et al., 2016).

Les partenaires non gestationnels, , peuvent aussi vivre une diminution de l'activité sexuelle et ressentir du stress ou de l'anxiété à l'approche de la naissance, cependant ces études ont été conduites seulement auprès des couples hétérosexuels (De Pierrepont et al., 2016). Le soutien mutuel et les expressions d'intimité non sexuelles prennent alors une importance accrue (Polomeno, 2011).

Santé mentale, divulgation et pressions sociales. La grossesse ou l'adoption peuvent renforcer les pressions hétéronormatives, particulièrement pour les femmes bisexuelles ou non-monosexuelles dont l'identité est souvent effacée lorsqu'elles sont en couple avec un homme cisgenre (Goldberg et al., 2018). Ces contextes peuvent raviver des tensions internes liées à la divulgation, à la crainte du jugement ou à la perte de reconnaissance communautaire.

Les personnes trans et non binaires, quant à elles, se heurtent à des environnements périnataux rarement adaptés à leurs réalités en Amérique du Nord, ce qui peut provoquer un sentiment d'exclusion ou d'insécurité (García-Acosta et al., 2019). Le manque de formation des professionnels de la santé, le mégenrage, ou encore l'inadéquation des soins contribuent à ce climat peu inclusif tel qu'indiqué dans la recension des écrits de MacLean (2021).

Parcours d'adoption. Pour les familles qui attendent un enfant par adoption dans les pays où la législation le permet, les étapes administratives et psychosociales peuvent être particulièrement lourdes. Les parents 2ELGBTQIA+ sont parfois perçus comme moins légitimes, notamment lorsqu'ils ne sont pas les parents biologiques de l'enfant (Kazyak et al., 2016). Ils peuvent aussi être orientés vers l'adoption d'enfants ayant des besoins particuliers ou avec moins de choix en raison de biais persistants (Goldberg et al., 2012; Frost et al., 2019).

Malgré ces obstacles, certaines familles rapportent des expériences positives lorsqu'elles bénéficient de soutien communautaire ou de professionnels formés aux réalités 2ELGBTQIA+ (Klittmark et al., 2023; Ross et al., 2018).

Phase 3 à 5 – De l'arrivée de l'enfant à ses deux ans : enjeux périnataux, dynamiques familiales, santé mentale et sexualité

Travail, accouchement et peurs associées. La période entourant l'accouchement représente une phase charnière de la transition à la parentalité, particulièrement marquée par les peurs liées à l'accouchement, lesquelles peuvent être exacerbées par le stress minoritaire. Ces peurs incluent la douleur, les blessures, les complications médicales, voire la mort de l'enfant ou du parent (Malmquist et al., 2019; Charter et al., 2018). Le stress minoritaire, incluant les expériences passées de discrimination, la crainte d'invalidation identitaire ou l'exposition à des environnements hétéro/cisnormatifs renforce ces craintes, notamment pour les personnes trans, non-binaires ou en couple 2ELGBTQIA+ (Hallström et al., 2022; Klittmark et al., 2023).

La peur de l'accouchement est également influencée par les représentations sociales idéalisées de l'accouchement « naturel » ou du corps féminin biologique, ce qui marginalise les personnes qui ne s'alignent pas avec ces normes (Malmquist et al., 2021; McQuillan et al., 2008). L'expérience de l'accouchement peut devenir traumatisante, même en l'absence de complications médicales, en raison du manque de reconnaissance des identités, de l'exclusion du partenaire ou du non-respect de l'autonomie corporelle (Klittmark et al., 2023). De plus, la peur de l'accouchement acquise peut découler de récits traumatiques entendus ou de la présence à un accouchement difficile, contribuant à la détresse psychologique des partenaires (French & Dishion, 2003).

Sexualité dans les premières semaines. La sexualité en période post-partum est marquée par des ajustements notables. Plusieurs études ont souligné une baisse générale de l'activité sexuelle dans les mois suivant la naissance, en lien avec des changements hormonaux, des douleurs persistantes (dyspareunie), la fatigue ou encore la charge mentale accrue (von Sydow, 1999; De Pierrepont et al., 2016). Ces effets

peuvent être accentués par une expérience traumatisante de l'accouchement, générant une distance émotionnelle et physique entre partenaires (White, 2007; Avanthay Strus & Polomeno, 2024). Seulement une étude a évalué la sexualité lors de la transition à la parentalité chez les personnes 2ELBGTQIA+ (Avanthay Strus, 2019), a noté que les parents non-monogames consensuelles n'avaient cette baisse générale d'activité sexuelle. Les dynamiques sexuelles post-partum varient selon les configurations familiales (Duckett & Ruud, 2019).

L'allaitement influence également la sexualité. La chute des œstrogènes liée à la lactation diminue la lubrification vaginale et peut augmenter l'inconfort pendant les rapports sexuels (Lowdermilk, 2024). L'érotisation de l'allaitement, bien que vécue positivement par certaines personnes, peut être source de malaise pour d'autres ou pour leur partenaire (Von Sydow, 1999; Avery et al., 2000). Les personnes trans ou non-binaires peuvent vivre une intensification de la dysphorie de genre durant l'allaitement ou les interactions physiques sexuelles post-accouchement, ce qui requiert une approche sensible et informée de la part des professionnels de la santé (MacDonald et al., 2019; Duckett & Ruud, 2019).

La littérature démontre que l'induction de la lactation est possible pour les parents non gestants, incluant les parents trans, non-binaires ou les co-mères lesbiennes, bien que cela demande temps, soutien et ressources spécifiques (Griggs et al., 2021; Wilson et al., 2015). Le soutien à ces pratiques demeure limité dans les milieux cliniques conventionnels, et plusieurs familles doivent recourir à des sources alternatives comme le partage de lait ou l'allaitement croisé (Ferri et al., 2020). L'utilisation d'un langage inclusif comme 'chestfeeding' est essentielle pour réduire la dysphorie et favoriser l'adhésion à l'allaitement (Duckett & Ruud, 2019).

Santé mentale. La période post-partum est reconnue comme une phase à risque élevé pour la dépression et l'anxiété, particulièrement chez les personnes issues de

minorités sexuelles et de genre. La dépression post-partum est plus fréquente chez les mères bisexuelles, exacerbée par l'isolement, les discriminations systémiques, le manque de reconnaissance ou le stress d'invalidation (Ross et al., 2017; Goldberg et al., 2010; MacLean, 2021). Les personnes trans rencontrent également un risque accru de troubles de l'humeur, en raison de la dysphorie de genre, du manque de soins adaptés et d'un soutien périnatal inadéquat (Brandt et al., 2019; Ellis & Phillips, 2023).

Les personnes présentant des conditions préexistantes en matière de santé mentale sont particulièrement à considérer, étant donné l'incidence plus élevée observée chez les minorités de genre et sexuelles en général (Williford, Calkins et Kean, 2007). Cependant, conformément aux tendances observées dans la recherche, peu d'articles publiés sur la reproduction des personnes 2ELGBTQIA+ abordent l'expérience de la naissance ou de la santé mentale périnatale (Darwin et Greenfield, 2019). Les expériences et la santé psychologique des femmes bisexuelles ayant des partenaires masculins pendant la grossesse ont été encore moins étudiées (Goldberg, Ross, Manley et Mohr, 2017). Les femmes ayant eu des relations sexuelles avec plusieurs genres et étant actuellement en couple avec des hommes pourraient présenter un risque accru de symptômes de dépression post-partum (Flanders et al., 2016).

Dynamiques relationnelles et familiales. La transition à la parentalité impose une réorganisation complexe des rôles, notamment ceux de parent, de partenaire et d'amant (Briggs et al., 2005 ; Cowan & Cowan, 2000 ; Polomeno, 2007). Dans les premiers mois post-partum, le rôle parental tend à prendre le dessus, reléguant souvent l'intimité conjugale au second plan. Ce déséquilibre peut fragiliser la relation de couple et nuire à la stabilité familiale ainsi qu'au bien-être des enfants (Polomeno, 2014). Ces constats sont confirmés par une méta-analyse récente, qui documente un déclin moyen de la satisfaction conjugale entre la grossesse et les 12 mois post-partum, suivi d'une stabilisation modérée jusqu'à 24 mois, influencée par la satisfaction du ou de la partenaire

(Bogdan, Turliuc & Candel, 2022). Cette étude, reposant sur 49 publications internationales (97 échantillons de parents et 9 échantillons de non-parents) et utilisant des techniques méta-analytiques, montre que la baisse de satisfaction se poursuit au-delà de la première année et que la diminution chez un partenaire est accentuée lorsque l'autre connaît également une forte baisse, offrant ainsi des perspectives théoriques et cliniques pour l'accompagnement des couples pendant la transition à la parentalité.

Plusieurs facteurs influencent l'ajustement à ces nouveaux rôles. Dans les études portant sur les femmes, qui n'ont pas systématiquement cherché à différencier les expériences selon l'identité de genre, l'orientation sexuelle ou les préférences affectives, les difficultés fréquemment rapportées incluent le manque de sommeil, l'insatisfaction corporelle postnatale, l'anxiété, la surcharge domestique et le stress professionnel (Brotherson, 2009 ; de Pierrepont, 2016 ; Polomeno, 2013 ; von Sydow, 1999). Du côté des hommes, les chercheurs ont identifié des pressions financières, des perturbations du sommeil, des tensions familiales et des défis relationnels et sexuels qui compromettent la conciliation des rôles d'amant, de parent et de partenaire (Condon, Boyce & Corkindale, 2004). Ces constats sont corroborés par Kracht et al. (2024) dans une étude longitudinale récente, qui montre que le sommeil et l'activité physique des deux parents sont fortement liés à leur bien-être global et à leur capacité à naviguer efficacement entre leurs différents rôles. Les familles 2ELGBTQIA+ se distinguent par certaines dynamiques relationnelles favorisant une meilleure conciliation des rôles. Par exemple, les couples de femmes lesbiennes tendent à partager les tâches domestiques de manière plus équitable, ce qui est associé à une plus grande satisfaction conjugale (Kerppola et al., 2020 ; Ross, 2005 ; Khajehei, 2016). Certaines configurations familiales, comme les coparentalités plurielles ou les familles non monogames, remettent en question les normes hétéronormatives, mais restent souvent en marge du soutien institutionnel nécessaire à leur reconnaissance et à leur stabilité (Holland, 2019). Selon Holland (2019), les savoirs parentaux queer se

manifestent, par exemple, par l'élaboration de stratégies collectives pour la garde partagée, la coordination des soins entre plusieurs adultes responsables, ou encore la création de réseaux d'apprentissage mutuel sur le développement affectif et social des enfants dans des contextes non traditionnels. Ces savoirs constituent un contre-pouvoir aux normes médicales dominantes et permettent l'élaboration de trajectoires parentales alternatives, incarnées et contextualisées. Enfin, la qualité de la relation de couple pendant cette transition a des répercussions mesurables sur le développement socioémotionnel de l'enfant. Des recherches montrent qu'une relation conjugale satisfaisante dans les premières années peut réduire les comportements intériorisés ou extériorisés observés chez l'enfant autour de 30 mois (Pinto et al., 2023), soulignant l'importance d'un soutien adapté à la diversité des trajectoires parentales.

Soutien, empowerment et résistance. Face aux barrières systémiques, les parents issus de la diversité sexuelle et de genre mobilisent différentes stratégies de résistance, notamment par l'auto-éducation, les réseaux communautaires, et la normalisation stratégique de leurs familles pour obtenir des soins (Kerppola et al., 2019). L'empowerment parental est facilité par la reconnaissance, la participation active dans les décisions de soins, et l'accès à des services inclusifs et continus (Kerppola et al., 2020). Cependant, peu de recherches ont exploré la situation des personnes qui ne sont pas pleinement intégrées dans les réseaux communautaires 2ELGBTQIA+, comme celles qui n'ont pas effectué de divulgation publique de leur identité ou qui ne bénéficient pas des ressources informelles de soutien. Nous pouvons cependant présupposer que ces individus peuvent rencontrer des défis particuliers liés à l'isolement social, à l'accès limité aux informations et au soutien, et à la navigation des services de santé et sociaux tel que décrite par les femmes issues de minorités sexuelles et de genre en couple avec des hommes (Ross et al., 2017; Goldberg et al., 2010; MacLean, 2021).

Invisibilisation des personnes 2ELGBTQIA + et les professionnels de la santé

L'invisibilisation des personnes 2ELGBTQIA+ dans les espaces institutionnels perdure encore aujourd'hui, comme l'ont souligné Prada et al. (2021) et Darwin et Greenfield (2019). Les professionnels de la santé continuent de marginaliser ces personnes notamment dans les domaines de l'adoption (travail social, services à l'enfance) et des services reproductifs (planification familiale, fertilité), où les réalités des familles issues de la diversité sexuelle et de genre sont rarement pleinement intégrées. Trop souvent, ces professionnels ignorent les facteurs socioécologiques qui perpétuent les iniquités sociales et de santé (Blackwell & Blackwell, 1999; Bowling et al., 2017). Les facteurs socio-écologiques sont des influences multiples qui façonnent le développement et le comportement d'une personne à différents niveaux. Ils incluent : les facteurs individuels (biologiques, psychologiques), les interactions directes dans le microsystème (famille, amis, école), les interrelations entre contextes dans le mésosystème, les influences indirectes de l'exosystème (emploi des parents, services sociaux), les normes et valeurs culturelles du macrosystème, et enfin les événements et transitions dans le temps du chronosystème (Bronfenbrenner et Morris, 2006). Cette invisibilisation est renforcée par des tabous persistants autour de l'enseignement de la sexualité, aussi bien dans les sciences de la santé que dans le milieu éducatif au sens large (Echezona-Johnson, 2017).

Plus encore, des données récentes illustrent l'ampleur du problème. Une revue systématique sur la culture professionnelle inclusive 2ELGBTQIA+ révèle une pénurie significative de formations cliniques et culturelles pour les professionnels de la santé, conduisant à des soins inadéquats pour des clientèles comme les personnes transgenres et les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (Primeau et al., 2023). Malgré une augmentation de formations sur la sensibilisation de la diversité sexuelle et

du genre disponibles. Srinivasa et al. (2023) soulignent que celles-ci demeurent souvent superficielles, non intégrées dans les programmes de formation initiale, et rarement évaluées pour leur efficacité à long terme. Plusieurs auteurs indiquent que l'absence de formation structurée et continue entraîne des lacunes dans la communication clinique, une méconnaissance des besoins spécifiques liés à la santé reproductive, mentale et sexuelle, ainsi qu'un inconfort persistant à aborder des sujets liés à l'identité ou à l'orientation (Dubin et al., 2018).

Par conséquent, les plateformes d'apprentissage en ligne asynchrones apparaissent comme des leviers essentiels pour renforcer la compétence culturelle et clinique des prestataires de soins, particulièrement dans les régions où les ressources spécialisées sont limitées où des politiques restrictives freinent l'accès à la formation sur la santé des personnes trans et de la diversité sexuelle. De telles initiatives favorisent non seulement l'équité d'accès à la formation continue, mais contribuent aussi à la réduction des iniquités en santé vécues par les populations 2ELGBTQIA+.

Selon la méta-analyse de Saadat et al. (2024), un manque d'information général et spécifique persiste dans les soins de santé sexuelle et reproductive. Les professionnels de la santé n'alignent pas leurs connaissances sur les meilleures pratiques actuelles, et il existe une pénurie de personnel formé aux réalités des personnes 2ELGBTQIA+, notamment les personnes transgenres. Les soins pré- et post-opératoires sont jugés insuffisants, et les renseignements fournis pour ceux et celles en transition de genre restent incohérents ou inadaptés (Saadate et al., 2024). Cette méconnaissance, bien qu'involontaire, combinée au désir sincère d'offrir des soins équitables (Hammond, 2014), entraîne fréquemment un renversement des rôles, où les personnes 2ELGBTQIA+ se retrouvent à éduquer leurs soignants, ce qui peut nuire à la relation thérapeutique, augmenter les fardeaux des personnes 2ELGBTQIA+ et conduire à des expériences de soins discriminatoires (Farrow, 2015; Griggs et al., 2021; Hammond, 2014).

En somme, les professionnels de la santé demeurent insuffisamment préparés à répondre aux besoins cliniques, psychologiques et sociaux spécifiques des personnes issues de la diversité sexuelle et de genre. Ce manque de préparation se traduit souvent par un inconfort manifeste ou une hésitation à aborder ces thématiques, perçus par les personnes 2ELGBTQIA+ et leurs familles, contribuant ainsi à une qualité de soins inégale et parfois insatisfaisante (Dubin et al., 2018). Les rares études disponibles illustrent la portée limitée de la recherche sur ces enjeux : seules deux d'entre elles abordent explicitement les expériences des personnes racisées, et aucune n'examine celles des populations vivant en contexte linguistique minoritaire.

Dans ces contextes, l'accès aux services sociaux et de santé demeure particulièrement problématique, en raison d'une offre encore insuffisante de soins adaptés à la fois à l'identité linguistique et à la diversité sexuelle ou de genre (Moreau et al., 2019). Les personnes d'expression française vivant en situation minoritaire rencontrent, par exemple, des défis marqués lors de la transition à la parentalité, notamment pour accéder à des services culturellement et linguistiquement sécuritaires. Ces obstacles peuvent nuire à la conciliation des rôles multiples associés à cette période, notamment ceux de parent, de partenaire et d'amant, et ainsi influencer le développement de la compétence parentale.

CHAPITRE 3

CADRE THÉORIQUE

Pluralité paradigmatique

D'après Meleis (2018), la pluralité paradigmatique et méthodologique est non seulement souhaitable, mais essentielle en sciences infirmières. En effet, il existe une diversité d'approches méthodologiques, dont la pertinence dépend non seulement de la question de recherche, mais aussi du cadre épistémologique et ontologique à travers lequel le phénomène est appréhendé (Guba & Lincoln, 1998). Une telle pluralité ouvre la voie à la créativité, en mobilisant une diversité de modes de pensée, de visions du monde, de valeurs et d'outils (Meleis, 2018). À l'inverse, l'hégémonie d'un seul paradigme risquerait d'entraver le développement des savoirs infirmiers en confinant la discipline à des perspectives théoriques et méthodologiques limitées – une posture incompatible avec la nature complexe, relationnelle et située de la pratique infirmière contemporaine (Thorne, 2016; Clandinin & Rosiek, 2007; Rodney et al., 2013).

La mise en dialogue de théories issues de cadres épistémologiques variés permet non seulement de soutenir l'élaboration d'un savoir infirmier critique et contextuel, mais aussi de mieux répondre aux réalités vécues des populations marginalisées par les structures en place. Ainsi, pour étudier le phénomène complexe, une approche éclectique a été privilégié, à l'image des épistémologies critiques, féministes et décoloniales, de plus en plus reconnues dans la discipline (Hartrick Doane & Varcoe, 2015). Ce positionnement s'appuie sur les fondements de la production de l'espace d'Henri Lefebvre (2013), les principes de la *frontera* développées par Anzaldúa (2012), ainsi que la conceptualisation du risque selon Lupton (2013) et Sibley (1995). Ces cadres permettent d'examiner la manière dont les espaces dominants sont produits et reproduits, et d'explorer comment des espaces différentiels, tels que conceptualisés par Lefebvre et Anzaldúa, peuvent émerger en résistance ou en transformation de ces structures normatives.

Dans cette perspective, il importe de mieux comprendre comment les dynamiques spatiales décrites par Lefebvre (2013) s'appliquent aux soins infirmiers, notamment en ce qui concerne les expériences des personnes 2ELGBTQIA+ dans les espaces sociosanitaires. Ces personnes interagissent avec des espaces dominants marqués par des normes hétéromononormatives et cisnormatives, mais peuvent aussi créer ou habiter des espaces différentiels, porteurs de résistance, de sécurité ou de transformation. Une telle lecture permet de repenser l'espace de soins non seulement comme un lieu physique, mais comme un espace socialement produit, relationnel et politique, ce qui rejoint les préoccupations contemporaines des sciences infirmières pour l'équité, la justice sociale et la sécurité culturelle (Browne et al., 2016; James et al., 2021).

Lefebvre

Henri Lefebvre est principalement associé au paradigme du marxisme humaniste et à la théorie critique, à l'intersection de la sociologie, de la philosophie et de la géographie. Son travail a profondément influencé la manière dont l'espace est conceptualisé dans les sciences sociales, en particulier à travers ses réflexions sur l'espace social, la vie quotidienne et le droit à la ville. Il critique les approches structuralistes et existentialistes, et son œuvre intègre aussi des éléments phénoménologiques, enrichissant ainsi sa critique des dynamiques spatiales de domination et de résistance (Lefebvre, 2013).

Pour les besoins de cette étude, la définition de l'espace telle que proposée par Lefebvre : non pas comme un contenant neutre ou un simple décor, mais comme un produit social, à la fois condition préalable et résultat des rapports sociaux a été retenue. L'espace, selon lui, est un moyen de production qui façonne et est façonné par les pratiques sociales, économiques, politiques et culturelles. Il constitue donc une dimension essentielle des superstructures sociales, et un terrain de lutte symbolique, matérielle et idéologique (Lefebvre, 2013).

Dans les sciences infirmières, les dimensions spatiales sont de plus en plus reconnues comme des éléments clés pour comprendre les contextes de soins, les expériences des personnes soignées et les dynamiques de pouvoir qui s'y manifestent. Plusieurs chercheurs ont exploré l'espace des soins sous différents angles, notamment en tant qu'environnement physique influençant la qualité des soins, en tant que cadre relationnel modelé par les interactions sociales, ou encore comme lieu d'exclusion ou de résistance pour les populations marginalisées (Browne et al., 2011; McCann, 2019). Ces travaux démontrent que l'espace est loin d'être neutre : il est imprégné de normes sociales, de logiques institutionnelles et de rapports de pouvoir qui influencent profondément les trajectoires de soins.

Cela dit, aucune étude en sciences infirmières n'a jusqu'à présent mobilisé de manière soutenue et explicite la théorie critique de la production de l'espace telle que conceptualisée par Henri Lefebvre dans l'analyse des milieux de soins. Certaines contributions émergentes, toutefois, ouvrent la voie à une telle intégration. Par exemple, Avanthay Strus, Holmes et O'Byrne (2021), ont proposé d'appliquer les principes de Lefebvre, notamment sa triade spatiale (espace perçu, conçu et vécu), pour comprendre comment les environnements sociosanitaires et les institutions de recherche participent à la marginalisation persistante des personnes 2ELGBTQIA+. Ces auteurs avancent que les infirmières ont un rôle à jouer dans la création de contre-espaces au sein des systèmes de santé et de recherche, des espaces capables de défier les discours normatifs dominants et de favoriser des pratiques contre-institutionnelles, sensibles à l'altérisation vécue par les personnes minorisées.

Dans un autre texte, Jones et Avanthay Strus (2022) proposent également une conceptualisation d'une géographie infirmière environnementale mobilisant les dialectiques spatiales de Lefebvre pour élargir la portée des pratiques infirmières communautaires vers la justice environnementale et planétaire. Selon eux, les infirmières

en santé communautaire, en raison de leur engagement envers l'équité et la justice sociale, sont particulièrement bien placées pour produire des espaces différentiels au service de la santé des personnes et de la planète. Lefebvre est ici convoqué pour « écologiser » les notions d'espace et de lieu, et ainsi remettre en question les modèles biomédicaux et anthropocentriques encore dominants en santé.

Ces travaux novateurs marquent un tournant prometteur, mais ils demeurent encore rares. La plupart des études en sciences infirmières qui abordent la spatialité traitent plutôt l'espace comme un contexte donné ou vécu, parfois à travers des approches phénoménologiques ou relationnelles (Avanthay Strus, Holmes et O'Byrne, 2021), sans pour autant le conceptualiser comme un produit social actif, structuré par des rapports économiques, politiques et symboliques. Autrement dit, si l'espace est souvent pensé comme un lieu d'expérience ou d'interaction, il l'est beaucoup moins comme un espace produit, producteur et reproductible des rapports sociaux, tel que l'a formulé Lefebvre.

C'est précisément dans cet angle mort théorique que s'inscrit la contribution de cette étude. En mobilisant explicitement la théorie critique de la production de l'espace développée par Lefebvre, cette recherche vise à approfondir la compréhension des dynamiques de pouvoir à l'œuvre dans les environnements de soins. Elle met en lumière la manière dont ces espaces sont produits par et pour des normes dominantes, mais également comment ils peuvent être contestés, détournés ou transformés par des pratiques infirmières critiques, inclusives et situées. Les pratiques infirmières situées (Jarrin, 2012) se définissent comme des interventions ancrées dans les contextes sociaux, culturels, linguistiques et politiques spécifiques où elles prennent forme. Elles reconnaissent que le soin n'est jamais neutre, mais façonné par des rapports de pouvoir, des valeurs institutionnelles et des expériences vécues singulières. En ce sens, elles engagent les infirmières à adapter leurs actions et leurs savoirs aux réalités vécues des

personnes et des communautés qu'ils et elles accompagnent, tout en participant à la transformation des espaces de soins vers une plus grande justice sociale et épistémique.

Une lecture critique et transformatrice de l'espace sociosanitaire : non pas comme un simple décor ou contexte des interactions cliniques, mais comme un champ de forces où se rejouent les logiques de domination, de normalisation et de marginalisation est proposée. Cette approche permet de penser les environnements de soins non seulement comme des lieux habités ou expérimentés, mais comme des structures produites et reproductibles, et donc aussi potentiellement déstabilisables. En articulant les fondements lefebvriens à des concepts issus d'épistémologies féministes et décoloniales, tels que la *frontera* d'Anzaldúa (2012) et la conceptualisation du risque par Lupton (2013), cette étude cherche à mieux comprendre comment les personnes 2ELGBTQIA+ peuvent, dans des contextes de soins souvent contraignants, produire des espaces différentiels où les normes dominantes sont renégociées, contournées ou activement contestées.

Cette posture permet de mieux comprendre des rapports de pouvoir dans les pratiques de soins, tout en offrant des outils pour leur transformation.

La triade spatiale

Selon Lefebvre (2013), l'espace ne peut être compris comme un simple contenant neutre ou une surface mesurable, mais doit être analysé comme un produit social, inscrit dans des rapports de pouvoir, de production et de signification. Il critique vigoureusement les approches dominantes qui réifient l'espace, en le réduisant à une abstraction géométrique ou à une donnée instrumentale. Ces modes de production de l'espace tendent à simplifier à l'excès les processus sociaux complexes en les rabattant sur des logiques formelles : le temps est réduit à l'espace, la valeur d'usage à la valeur d'échange, les objets matériels à des signes, et la réalité concrète à une sémiosphère désincarnée. La sémiosphère incarnée désigne l'ensemble des signes, symboles, récits et représentations qui structurent l'expérience humaine à travers le corps vécu. Elle renvoie

à un espace sémiotique dynamique dans lequel les significations ne sont pas seulement produites et échangées de manière abstraite, mais vécues, ressenties et intériorisées à travers les corps situés, genrés, racialisés et affectés. Cette approche reconnaît que le sens est toujours médiatisé par le corps, inscrit dans des pratiques sociales, et influencé par des rapports de pouvoir. Une telle réduction opère une coupure entre les pratiques sociales et leur matérialité, et a pour effet de figer l'espace en une construction mentale figée, formelle, voire technocratique (Lefebvre, 2013). Cette logique participe à la naturalisation des inégalités spatiales en occultant les rapports sociaux qui les produisent.

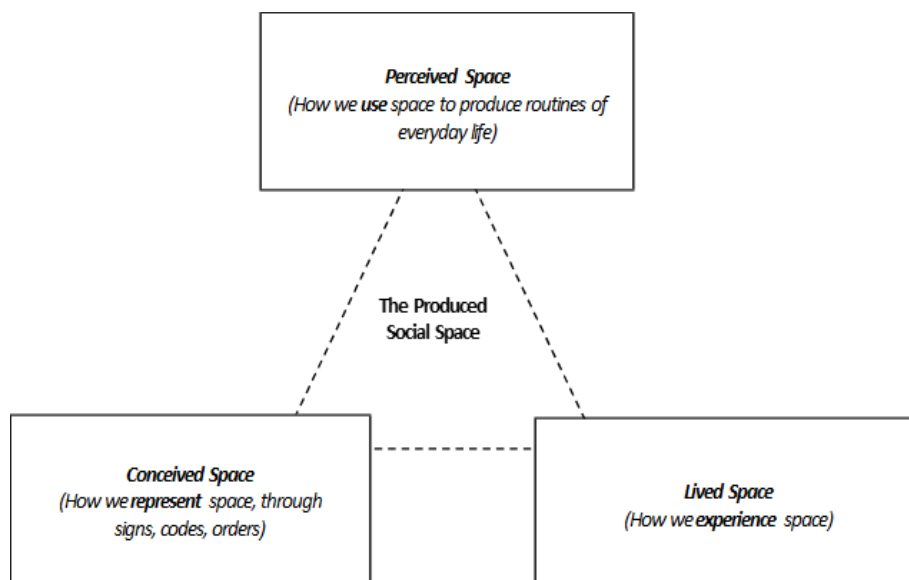
Pour dépasser ce réductionnisme, Lefebvre (2013) propose une dialectique spatiale en trois dimensions, également appelée triade spatiale, qui constitue le cœur de sa théorie critique de la production de l'espace (voir la figure 1). Cette triade se compose de trois moments interreliés mais distincts, qui permettent de comprendre la complexité de l'espace social :

- Les pratiques spatiales (l'espace *perçu*) : il s'agit de l'espace tel qu'il est vécu dans la quotidienneté, à travers les usages corporels, les mouvements, les rythmes et les routines. Cet espace est façonné par nos interactions pratiques avec l'environnement matériel, mais aussi par les contraintes organisationnelles et institutionnelles qui régissent ces usages. Il reflète la manière dont les sociétés produisent et reproduisent des configurations spatiales dans leurs pratiques ordinaires.
- Les représentations de l'espace (l'espace *conçu*) : cet espace correspond au domaine des conceptions dominantes, des discours d'experts et des logiques de planification. Il est élaboré par les architectes, urbanistes, ingénieurs, gestionnaires et autres professionnels qui codifient l'espace à travers des symboles, des plans, des normes et des prescriptions. C'est l'espace du pouvoir symbolique, celui qui décide « comment les choses

doivent être organisées ». Il tend à refléter et à renforcer les intérêts des groupes dominants.

- Les espaces de représentation (l'espace *vécu*) : cette dernière composante désigne les expériences subjectives, émotionnelles et symboliques de l'espace. Il s'agit de l'espace tel qu'il est ressenti, rêvé, habité et imaginé, souvent en tension avec les deux autres dimensions. Il peut devenir un lieu de résistance, de mémoire, ou de création symbolique, en particulier pour les groupes marginalisés qui vivent en dissonance avec les formes spatiales dominantes.

Figure 3.1 : Le modèle spatial triadique de Lefebvre



Lefebvre soutient que cette triade n'est pas statique : elle forme un mouvement dialectique où les significations, les structures et les pratiques se façonnent mutuellement. Or, ce processus de production de l'espace ne se limite pas à l'aménagement matériel ; il établit un véritable *modus operandi* : une manière d'être, de se mouvoir, de s'exprimer et d'exister dans un espace donné. L'espace, ainsi produit, devient un outil de contrôle social, qui prescrit des comportements, impose des usages, et naturalise des rapports de

domination. Il façonne ce qui est visible, audible, acceptable ou tolérable, tant dans les domaines publics que privés (Soja, 2010).

Dans cette logique, ceux qui détiennent le pouvoir – qu'il s'agisse d'acteurs institutionnels, économiques ou politiques – sont ceux qui conçoivent et codifient l'espace, imposant leurs valeurs, leurs aspirations et leurs intérêts. L'espace devient alors un mécanisme de régulation qui oblige les usagers à se conformer à ces normes spatiales. Foucault (1994) prolonge cette idée en montrant que le pouvoir moderne ne repose pas uniquement sur la coercition, mais sur la surveillance intériorisée. Les individus, conscients d'être visibles, apprennent à s'autosurveiller et à policer leur propre comportement. Dans les espaces institutionnels, cette surveillance diffuse produit des sujets qui deviennent complices de leur propre soumission, incorporant les attentes normatives dominantes jusque dans leur manière d'occuper l'espace, de se mouvoir, ou de se taire.

Ce phénomène est particulièrement prégnant pour les personnes marginalisées, qui internalisent les contraintes imposées par les structures spatiales dominantes, et adaptent leur présence corporelle ou symbolique pour éviter le rejet, la stigmatisation ou la violence. L'espace devient ainsi un vecteur d'autocontrôle, mais aussi un lieu de tension, voire de résistance silencieuse ou créative. Si les idées de Lefebvre ont suscité débats et critiques, elles restent d'une puissante actualité pour penser les injustices sociales et spatiales, en particulier dans les institutions de santé où se cristallisent des formes subtiles, mais profondes, de régulation normative (Soja, 2010). Les débats autour de la production de l'espace chez Lefebvre se concentrent principalement sur la tension entre la matérialité et la symbolique, entre la structure et l'expérience vécue. Bien que sa conception dialectique de l'espace, à la fois perçu, conçu et vécu, ait profondément influencé la géographie critique, plusieurs auteurs lui reprochent une approche trop abstraite ou universaliste, peu attentive aux différences de genre, de sexualité, de race

ou de colonialité (Bondi, 1998; Nash, 2010; Escobar, 2018). D'autres, comme Soja (1996) et Massey (2005), ont prolongé sa pensée en insistant sur le caractère relationnel et pluriel des espaces, produits par des interactions situées et des rapports de pouvoir mouvants. Ces relectures féministes, queer et décoloniales ont permis de révéler comment les espaces ne sont pas seulement le résultat de logiques capitalistes ou institutionnelles, mais aussi des sites de résistance, de réappropriation et de création. En ce sens, la pensée lefebvrienne, malgré ses limites, demeure un outil puissant pour analyser les rapports de domination et les potentialités transformatrices qui émergent dans les espaces vécus, notamment ceux investis par les personnes et communautés marginalisées.

Espace public et privé

Lefebvre (2013) distingue également entre espaces publics et privés, soulignant que les entités financées par des fonds publics, telles que les systèmes de santé ou les institutions de recherche, constituent des espaces publics générant chacun leur propre dynamique spatiale. Ces espaces sont conçus et régulés par ceux et celles qui détiennent le pouvoir, tandis que les autres en deviennent les usagers, façonnés par des environnements pensés sans leur participation et sans possibilité réelle d'y inscrire leur voix ou leur expérience. Ce pouvoir de production façonne les perspectives des experts et des scientifiques, généralement sans intégrer pleinement les expériences vécues des groupes marginalisés.

Les espaces dominants, façonnés par les centres de richesse et d'autorité, tendent à modeler les espaces qu'ils contrôlent, souvent au détriment des espaces périphériques et des formes d'existence minorisées. Ainsi, bien que les espaces publics soient supposés être inclusifs, ils sont en réalité régis par des normes définissant qui peut y appartenir et comment se comporter. Cette production de l'espace instaure une manière d'être et

d'agir dans l'espace, qui agit comme un contrôle social imprégnant à la fois les sphères publiques et privées (Soja, 2010).

Foucault (1977) explicite comment cette dynamique s'appuie sur la surveillance intériorisée : les individus, conscients de leur visibilité, internalisent les contraintes du pouvoir, se surveillent eux-mêmes, et deviennent ainsi agents de leur propre soumission. Les personnes marginalisées, en particulier, polissent leur comportement selon les normes dominantes, devenant complices de leur propre surveillance. Si les analyses de Lefebvre sur la production de l'espace font l'objet de débats, elles restent néanmoins essentielles pour comprendre et critiquer les injustices sociales et spatiales (Soja, 2010).

Espace différentiel

Dans le cadre de la théorie critique de la production de l'espace de Lefebvre (2013), les espaces différentiels constituent des alternatives radicales aux espaces dominants. Alors que les espaces dominants sont produits, contrôlés et normés par les centres de pouvoir - reflétant des logiques d'exclusion, de standardisation et de contrôle - les espaces différentiels émergent comme des lieux de résistance, de réappropriation et de transformation sociale.

Il existe des implications de la production de l'espace pour la pratique infirmière. Les espaces différentiels peuvent être créés ou détournés par des utilisateurs ordinaires, souvent marginalisés, qui occupent des positions en périphérie ou en frontière (*frontera*) des espaces sociaux dominants. Ces personnes ont la capacité de défier l'hégémonie spatiale et symbolique en prenant le contrôle de certains lieux ou en redéfinissant des espaces initialement abandonnés ou abstraits, dont les fonctions et structures d'origine se sont vidées de leur sens premier (Avanthay Strus, Holmes et O'Byrne, 2021).

Un espace différentiel n'est pas nécessairement un lieu physique tangible ; il peut être physique, comme un parc ou un territoire laissé vacant, mais aussi abstrait, comme

une frontière idéologique ou un espace social où se croisent et s'entrechoquent différentes narrations culturelles. Ces espaces sont souvent communs ou partagés, gérés collectivement, et valorisent la qualité de vie, la valeur d'usage et les expériences subjectives plutôt que la quantité, le contrôle ou la rentabilité (Avanthay Strus, Holmes, O'Byrne, 2021)

Dans ces espaces, les individus marginalisés peuvent s'affirmer, exprimer leur identité et construire des formes alternatives de socialité en résistance à la violence symbolique ou répressive exercée par les espaces dominants (Avanthay Strus, Holmes, O'Byrne, 2021; Leary-Owhin, 2015). Cette dynamique rappelle des approches critiques telles que la théorie queer et l'intersectionnalité, qui cherchent à transformer les structures sociales en contestant les normes hétéronormatives et les oppressions imbriquées (Hill Collins, 2019).

La réappropriation du terme *queer* par les personnes 2ELGBTQIA+ constitue un exemple illustrant la création d'un espace différentiel au sens de Lefebvre (2013). D'abord utilisé comme une insulte visant à marginaliser les identités non conformes à l'hétéronormativité, ce terme a été détourné et réclamé pour devenir un symbole d'affirmation, de résistance et de solidarité. Selon Lefebvre, un espace différentiel peut émerger lorsqu'un espace dominant, ici discursif, perd sa fonction initiale ou devient « vacant », ouvrant ainsi la possibilité d'une réappropriation. En revalorisant un mot autrefois stigmatisant, les communautés 2ELGBTQIA+ ont transformé un espace symbolique exclu en un lieu discursif alternatif, porteur de nouvelles pratiques identitaires et culturelles. Cet acte de réinvention a permis de contester les normes dominantes tout en affirmant un droit à exister autrement, révélant le potentiel des espaces différentiels à subvertir l'ordre établi et à ouvrir des possibilités de transformation sociale.

Dans le contexte institutionnel, notamment en santé, l'hégémonie s'exerce non seulement sur les corps, mais aussi sur la culture et la production de savoirs, incluant les mécanismes mêmes qui légitiment et diffusent ces savoirs (Lefebvre, 2013). Les espaces différentiels émergent donc comme des lieux de contestation, où les personnes reléguées en marge peuvent revendiquer leurs droits, résister aux normes dominantes et réinventer les manières d'habiter et de penser l'espace social (Leary-Owhin, 2015).

Pour la pratique infirmière, cette compréhension ouvre des pistes prometteuses : elle invite les infirmières à reconnaître et à soutenir la création de ces espaces différentiels dans les environnements de soins, notamment pour les populations 2ELGBTQIA+, qui sont fréquemment exclues ou stigmatisées par les espaces sociaux et institutionnels normatifs. Il s'agit de favoriser des espaces où l'expérience vécue, la diversité des identités et les formes alternatives de soins peuvent s'exprimer pleinement, contribuant ainsi à une pratique infirmière critique, inclusive et émancipatrice.

Anzaldúa

Gloria Anzaldúa est une figure centrale de la théorie critique, reconnue pour ses contributions majeures au féminisme intersectionnel et aux études postcoloniales, notamment à travers son concept de *Borderlands/frontera*. Son œuvre met en lumière les vécus des personnes vivant dans les zones de frontières physiques, culturelles ou identitaires, en particulier les femmes de couleur, les personnes migrantes, queer et/ou autochtones. En remettant en question les structures binaires - telles que homme/femme, dominant/dominé, Nord/Sud, hétérosexualité/homosexualité - Anzaldúa propose une lecture profondément transformatrice des identités plurielles et mouvantes dans *Borderlands/La Frontera: The New Mestiza* (Anzaldúa, 2012). Anzaldúa approfondit ces réflexions dans *Light in the Dark: Luz en lo Oscuro: Rewriting Identity, Spirituality, Reality* (Anzaldúa et Keating, 2015)

Le concept de *frontera*, tel que proposé par Anzaldúa, désigne ces espaces de tensions, de chevauchements et de contradictions, souvent invisibilisés, où coexistent appartenances multiples et résistances silencieuses. C'est précisément dans ces zones instables, les *borderlands*, que naît la conscience *mestiza*, une lucidité critique et créative forgée par le frottement entre les mondes. Les personnes qui habitent ces *fronteras*, appelées *nepantleras*, jouent un rôle clé dans la médiation des frontières symboliques et sociales, en construisant des ponts entre les identités, en questionnant les normes dominantes, et en ouvrant des voies de transformation et de résistance.

Anzaldúa est également connue pour sa méthode d'autohistoria-teoría, qui fusionne autobiographie et analyse théorique afin de reconnaître les expériences vécues comme forme légitime de savoir. Cette approche, ancrée dans une épistémologie du vécu, mobilise la narration personnelle, les récits communautaires et la réflexivité critique comme outils de résistance et de création de sens. Ces concepts - *frontera*, conscience *mestiza*, *nepantla* et *autohistoria-teoría* - sont ici brièvement introduits afin de préparer le terrain théorique de la présente section, où ils seront mobilisés plus en profondeur pour examiner comment les frontières sociales et spatiales peuvent être contestées, redéfinies ou transformées à travers des pratiques infirmières critiques, situées et incarnées. L'analyse débutera par le concept d'intersectionnalité, qui en constitue l'un des fondements transversaux.

Intersectionnalité

Le terme intersectionnalité désigne un cadre critique qui met en lumière la manière dont les identités sociales, telles que la race, le genre, la classe, l'ethnicité, la sexualité, la nationalité ou les capacités, se construisent mutuellement dans des contextes d'oppression interconnectée (Crenshaw, 1989 ; Hill Collins, 2019). En ce sens, l'intersectionnalité permet de décentrer les récits dominants en recherche, en formation et

en sciences infirmières, souvent centrés sur des expériences blanches, cisnormatives et hétéronormatives. Elle est de plus en plus mobilisée en santé communautaire (Betker, Macdonald et Baokye, 2024) pour analyser les iniquités de santé et les effets cumulatifs des oppressions systémiques sur les personnes et les communautés marginalisées.

Toutefois, dans sa mise en œuvre institutionnelle, l'intersectionnalité est fréquemment réduite à une grille d'analyse descriptive des identités croisées, sans transformation concrète des structures ou des environnements dans lesquels ces iniquités se matérialisent (Bowleg, 2012; Holman et al. 2021; Snell-Rood et al, 2021). En d'autres mots, l'intersectionnalité permet de voir où et comment les oppressions se croisent, mais elle peine à dire comment les espaces où elles opèrent pourraient être transformés. Or, si nous avons d'abord voulu mobiliser l'intersectionnalité dans notre projet, c'est précisément parce qu'elle contenait, à l'origine, un potentiel d'action et de transformation radicale.

C'est ici que le dialogue avec la production de l'espace chez Lefebvre (2013) devient fécond. Les rapports de pouvoir ne s'exercent pas seulement dans des discours ou des interactions interpersonnelles : ils prennent forme dans l'organisation même de l'espace - dans ce qui est visible, possible, légitime ou exclu dans un lieu donné. Or, une analyse intersectionnelle déconnectée des dynamiques spatiales risque de manquer le rôle actif que joue l'espace dans la production des inégalités. C'est pourquoi il est essentiel de croiser intersectionnalité et spatialité pour passer de l'analyse à l'action transformatrice sur l'espace social et sociosanitaire.

En ce sens, le concept de *frontera* proposé par Gloria Anzaldúa (2012) apporte une profondeur théorique essentielle. Il permet de penser les espaces de chevauchement, de tension et de conflit, habités par des identités multiples et instables, non comme des lieux de vulnérabilité uniquement, mais comme des lieux de créativité, de résistance et de reconfiguration. En articulant intersectionnalité et *borderlands*, on dépasse une lecture

strictement analytique des oppressions croisées pour adopter une approche qui valorise les pratiques situées de résistance : comment, dans les marges, des personnes transforment activement les espaces qu'on leur refuse ou dans lesquels on les contraint.

Ainsi, dans le contexte de cette étude, il ne s'agit pas simplement de décrire les expériences marginalisées, mais de comprendre comment elles peuvent ouvrir des brèches dans les logiques dominantes de production de l'espace, et comment les soins infirmiers peuvent soutenir, amplifier et légitimer ces espaces différentiels.

Intersectionnalité vs frontera : deux approches complémentaires mais distinctes

Dans les années 1980, Gloria Anzaldúa s'est penchée sur la création d'espaces inclusifs et interculturels comme fondements essentiels de la construction identitaire. Tout au long de son œuvre, Anzaldúa a mobilisé des métaphores puissantes, notamment celles de la rivière et du pont, pour illustrer ces déplacements constants entre mondes, cultures et identités. Son propre corps devient alors un lieu de passage, un espace de traduction et de médiation entre des réalités souvent opposées.

Cette conception de soi comme point de jonction est étroitement liée à ce qu'elle nomme les *géographies de soi*, une manière de penser l'identité comme façonnée par les lieux traversés, les frontières rencontrées et les tensions vécues. Les individus portent ainsi en eux des fragments des espaces qu'ils habitent - au sens physique, symbolique et politique - et doivent quotidiennement naviguer à travers ces couches multiples et parfois contradictoires. Dans la perspective d'Anzaldúa, ces géographies intimes ne sont jamais fixes : elles sont mouvantes, instables, profondément marquées par les rapports de pouvoir, les exclusions, mais aussi par les possibilités de recomposition. Cette approche renforce le concept de *frontera* comme un espace de tension créatrice, où s'articulent les luttes identitaires, les pratiques de résistance et les potentialités de transformation.

Ainsi, l'intersectionnalité éclaire comment les systèmes de pouvoir produisent des inégalités multiples. Mais pour aller au-delà de la description, il faut investir les espaces de production sociale, là où ces normes prennent forme (Tableau 3.1). C'est précisément ce que permet la notion de *frontera* : elle incarne la capacité à habiter un espace différentiel, y exercer des pratiques de réinvention spatiale, et subvertir la production dominante de l'espace, à l'image des frontières lévifiées par Lefebvre (2013). En combinant les outils analytiques de l'intersectionnalité et la force transformatrice de la *frontera*, notre approche permet non seulement de comprendre les oppressions croisées, mais de penser et agir sur les espaces, à travers des pratiques infirmières critiques, situées et émancipatrices.

Tableau 3.1 : Intersectionnalité vs frontera : deux approches complémentaires mais distinctes

Dimension	Intersectionnalité	Frontera (Anzaldúa)
Nature	Cadre analytique sur les identités croisées (race, genre, classe...)	Concept expérientiel et spatial d'un "entre-deux", en tension, hybride
Portée	Décortique les oppressions croisées, sans nécessairement transformer l'espace	Valorise l' action dans les espaces-limites, habités, liminaux
Rapport à l'espace	Largement conceptuel, abstrait	Centré sur les espaces vécus , en subsistance et en mouvement
Transformation	Peut être instrumentalisé en simple case à cocher	Propose une réappropriation active , une reconfiguration intentionnelle de l'espace existant

Conscience metiza et nepantleras

Anzaldúa (2012) avance que vivre dans les *fronteras* peut mener à deux issues possibles. D'une part, cela peut rendre invisible la personne qui navigue entre des mondes culturels et identitaires hétérogènes, prise dans les tensions contradictoires des appartenances multiples. D'autre part, cette expérience liminale peut favoriser l'émergence d'une conscience *mestiza*, une forme d'intelligence critique et créative qui

naît précisément de ces zones de friction identitaire et culturelle. Anzaldúa et Keating (2015) définissent cette conscience *mestiza* comme la capacité à reconnaître et à accepter la complexité fluide des identités, tout en prenant acte des structures de pouvoir qui cherchent à assigner les individus à des catégories fixes, hiérarchisées et souvent exclusives. En ce sens, la conscience *mestiza* ne se contente pas de tolérer les contradictions : elle les intègre comme fondement de subjectivité et de résistance, rejetant l'idée d'identités essentialisées pour embrasser une subjectivité mouvante, enracinée dans les tensions, les hybridations et les discontinuités.

C'est dans ce contexte qu'émerge le concept de *nepantla*, un terme *nahuatl* désignant un espace « entre-deux » - à la fois géographique, symbolique et épistémique. Le *nepantlera*, terme utilisé par Anzaldúa pour désigner celles et ceux qui habitent et traversent ces espaces liminaux, est capable de percevoir les forces systémiques, symboliques et historiques en tension. Il se positionne entre le conscient et l'inconscient, entre l'individuel et le collectif, entre la blessure et la guérison. Ce rôle liminaire, bien qu'exigeant et parfois source d'isolement ou de déracinement, est aussi une source de transformation politique, culturelle et spirituelle. Les *nepantleras* incarnent ainsi des sujets visionnaires capables de déconstruire les narratifs dominants et de recomposer de nouvelles manières de penser, de sentir et de s'engager dans le monde. Naviguant entre marges et centre, exclus de certains espaces normatifs mais suffisamment proches pour les comprendre et les subvertir de l'intérieur, ils transforment le *nepantla* en une géographie critique et vécue : un lieu de fracture, mais aussi de création, où s'élaborent de nouvelles alliances, ontologies et pratiques de résistance.

Avanthay Strus, Holmes et O'Byrne (2024) soulignent que ces *borderlands* constituent un espace de transformation fondamental pour la pratique infirmière, où les *nepantleras* peuvent pleinement s'épanouir. Ces espaces intermédiaires, à la fois géographiques, symboliques et épistémiques, offrent un cadre essentiel pour repenser la

justice sociale et l'équité en santé. Ils permettent de déstabiliser les rapports de pouvoir qui marginalisent certaines populations, notamment les personnes 2ELGBTQIA+, en favorisant des pratiques critiques, situées et incarnées. Ainsi, là où l'intersectionnalité cartographie les rapports de pouvoir, le concept de *nepantla* propose un lieu dynamique depuis lequel les identités fragmentées se recomposent et où germent les pratiques transformatrices. Les *fronteras* deviennent dès lors des espaces de rupture, mais aussi de reconnexion, des terrains fertiles pour redéfinir l'équité en santé à travers des récits incarnés, relationnels et profondément transformatifs.

Géographies d'exclusion et création du risque

Les institutions de santé et de recherche contribuent à la reproduction de l'altérité sociale en désignant certains groupes comme fondamentalement *autres*, souvent à travers les mécanismes discursifs entourant le risque. Selon Sibley (1995), cette altérité repose sur la construction de frontières symboliques entre le *moi* et l'*autre*, entre ce qui est perçu comme *pur* et ce qui est vu comme *impur*. L'altérité spatiale, dans cette perspective, est produite lorsqu'un groupe est repoussé à la marge, exclu de l'espace social ou institutionnel dominant, perçu comme indésirable ou menaçant. Ces logiques d'exclusion sont particulièrement visibles dans les pratiques sociosanitaires qui spatialisent la différence : les personnes marginalisées sont soit rendues invisibles, soit encadrées de manière hypervisible à travers le prisme du contrôle, du risque et de la conformité.

Dans cette lignée, Lupton (2013) analyse la montée du discours du risque comme un mode de régulation sociale profondément ancré dans les institutions contemporaines, dont celles de la santé. Le discours, tel que défini ici, réfère à une manière spécifique et identifiable de donner sens à la réalité par le biais du langage, des images, et d'un ensemble cohérent de connaissances et de pratiques (Lupton, 2013; Wittig, 1992). Ces

discours façonnent notre compréhension du monde social, en limitant ce qui peut être dit ou pensé, et en normalisant certaines conduites tout en en excluant d'autres.

À l'origine, le discours du risque visait principalement à anticiper et gérer des événements aléatoires, comme les catastrophes naturelles, sans nécessairement attribuer de responsabilité aux individus. Or, avec le temps, ce discours a glissé vers une forme moralisante, individualisante et biomédicalisée, qui localise le risque dans les corps, les comportements et les modes de vie de certains groupes, souvent marginalisés. Ce déplacement sémantique et politique participe à la construction de figures sociales perçues comme menaçantes pour l'ordre dominant. Ce glissement est éclairé par le concept d'« inconscient structurel » proposé par Wittig (1992), qui désigne un système symbolique profondément intériorisé où des catégories binaires telles que pur/impur, sain/pathologique, normal/anormal deviennent des automatismes cognitifs collectifs. En retraçant cette filiation intellectuelle, on observe comment la linguistique a donné naissance à la sémiologie, puis à la linguistique structurale, laquelle a ouvert la voie au structuralisme. Ce dernier a permis de démontrer que nos représentations du monde social — par exemple, les identités de genre, de race ou de sexualité -sont construites selon des oppositions binaires apprises, et non naturelles. Ces catégories structurent nos pensées, nos institutions et nos pratiques, souvent à notre insu. Ainsi, même en l'absence d'intention explicite, nous participons à la reproduction de normes hégémoniques - comme considérer l'hétérosexualité comme norme par défaut ou percevoir le genre de manière binaire. L'« inconscient structurel » rend compte de la manière dont ces catégories, imposées à travers les discours, sont internalisées et deviennent des cadres implicites d'interprétation. Ce concept s'avère particulièrement pertinent pour analyser les discours sur le risque en santé, qui tendent à assigner à certains groupes - déjà socialement vulnérabilisés - une responsabilité implicite dans la production du danger, renforçant ainsi leur altérisation.

Ce discours génère une hiérarchie morale et sanitaire, dans laquelle les groupes minoritaires sont perçus comme *à risque* ou *porteurs de risque*, ce qui justifie leur surveillance, leur encadrement ou leur exclusion. L'idée de *contamination*, à la fois physique et symbolique, renforce la nécessité de se « protéger » en établissant des séparations spatiales et sociales - autrement dit, en produisant de l'altérité dans l'espace. Ainsi, dans le contexte des soins de santé, ce discours contribue à la stigmatisation des corps perçus comme *non conformes*, à la normalisation des comportements jugés *acceptables*, et à l'invisibilisation des identités hybrides qui perturbent les normes établies (Lupton, 2013).

Application à la pratique infirmière : contrer les géographies d'exclusion

L'approche théorique d'Anzaldúa, notamment les concepts de *frontera*, *nepantla* et *conscience mestiza*, offre des outils puissants pour penser une pratique infirmière critique et transformatrice, particulièrement apte à répondre aux réalités de populations marginalisées. Dans les espaces de soins, les *géographies d'exclusion* se matérialisent à travers des politiques, des normes professionnelles et des pratiques biomédicales qui perpétuent l'effacement, la stigmatisation ou la marginalisation de certains patients. Ces géographies ne sont pas uniquement physiques : elles sont également symboliques, institutionnelles et épistémiques.

Les infirmières travaillant dans les *borderlands* - c'est-à-dire à l'intersection de différentes logiques de soins, d'identités professionnelles hybrides ou de réalités socioculturelles complexes - sont particulièrement bien placées pour incarner le rôle de *nepantleras*. En adoptant une posture réflexive, fluide et engagée, ces professionnels deviennent des passeurs entre les mondes du savoir biomédical, de l'expérience vécue et des systèmes de pouvoir. Ils sont capables de reconnaître les lignes de faille -

sociales, identitaires, géographiques - qui façonnent l'expérience des soins et d'agir à partir de ces espaces liminaux pour réinventer les pratiques.

S'inspirant des travaux d'Anzaldúa et des réflexions de Holmes et Gastaldo (2004) sur les *infirmières nomades*, les *borderlands nurses* refusent les certitudes rigides et les catégorisations binaires. Iels adoptent une pensée rhizomatique, ouverte à l'ambiguïté et aux multiples appartenances. Cette capacité à naviguer dans l'incertitude est centrale pour contester les géographies d'exclusion, car elle permet de reconnaître la complexité des trajectoires de vie, sans tenter de les normaliser ou de les intégrer de force dans les logiques dominantes.

Par la création d'*espaces relationnels* et inclusifs - au sein desquels la voix, la mémoire, le corps et l'histoire du patient sont reconnus comme légitimes - les *nepantleras* infirmières participent à la déstabilisation des discours hégémoniques sur la santé, le risque et la normalité. Iels remettent en cause les conceptions fixes de l'identité, du genre, de la culture ou de la capacité, en favorisant plutôt des approches situées, incarnées et coconstruites du soin.

Dans cette perspective, la pratique infirmière peut devenir un lieu politique et transformatif, une *frontera* où il est possible de recomposer des savoirs, de tisser de nouvelles solidarités, et d'imaginer des formes de soins plus équitables, plus justes et profondément humaines. Les *nepantleras* infirmières ne se contentent pas d'exister à la marge : iels investissent les marges comme des espaces fertiles pour repenser le soin, l'équité et la justice sociale.

Intégration des perspectives théoriques

Bien que chaque perspective théorique abordée dans ce chapitre soit essentielle, c'est leur articulation dynamique au sein du paradigme de la théorie critique qui constitue le fondement de cette thèse. Plus qu'une simple juxtaposition, ces perspectives

s'entrecroisent, se renforcent et permettent de construire un cadre d'analyse robuste et nuancé pour saisir les expériences complexes des parents 2ELGBTQIA+ lors de la transition à la parentalité. Au cœur de ce cadre se trouve la Production de l'espace de Lefebvre (2013), une théorie spatiale profondément dialectique, qui considère l'espace non pas comme un contenant neutre, mais comme un produit social constamment négocié à travers les dimensions du conçu (représentations, idéologies), du perçu (pratiques spatiales) et du vécu (expériences corporelles et affectives).

Pour rendre cette théorie plus accessible et plus apte à capter les réalités incarnées des personnes marginalisées, il est nécessaire d'y superposer des lectures contemporaines qui centrent l'expérience subjective. Les apports de Lupton (2013) sur les discours du risque permettent d'examiner comment les corps, comportements et identités - notamment ceux des parents 2ELGBTQIA+ - sont constamment surveillés, normalisés et hiérarchisés dans les institutions de soins. Le discours du risque opère comme un mécanisme de tri spatial, séparant les corps "purs" des corps "à risque", renforçant ainsi les logiques d'exclusion et les géographies différentielles.

C'est précisément là qu'intervient la pensée de Gloria Anzaldúa (2012), qui ajoute une couche épistémologique et affective à la compréhension de l'espace. À travers ses concepts de *frontera*, *nepantla* et conscience *mestiza*, Anzaldúa ouvre la possibilité de penser l'espace non plus comme figé ou binaire, mais comme un lieu mouvant de tensions créatrices, de recomposition identitaire et de résistance. Contrairement à l'intersectionnalité, qui tend à cartographier les oppressions à travers des axes fixes, Anzaldúa propose une lecture incarnée et située de la marginalité - un vécu traversé par des contradictions, des passages, des fractures, mais aussi des émergences. Le concept de *frontera* met en lumière l'interdépendance des structures sociales, symboliques et spatiales, non comme des entités isolées et stables, mais comme des réalités en co-formation perpétuelle, où chaque système influence et est influencé par les autres

(Anzaldúa, 2012 ; Hill Collins, 2019). Cette logique de transformation mutuelle s'aligne étroitement avec la triade de Lefebvre (2013) - le perçu (pratiques spatiales), le conçu (représentations spatiales) et le vécu (espaces d'expérience) - en ce qu'elle insiste sur le fait que l'espace est toujours le produit d'une négociation entre pratiques sociales, régimes symboliques et subjectivités vécues. Anzaldúa permet ainsi de comprendre comment les parents 2ELGBTQIA+ peuvent être simultanément exclus des espaces normatifs (hétéromononormés, cisnormés), tout en y circulant, les perturbant et en inventant des contre-espaces. La *frontera*, loin d'être une simple ligne de séparation, devient alors un site stratégique de recomposition identitaire et politique, où se jouent les conditions de possibilité d'un changement social et spatial radical.

En ce sens, les concepts développés par Gloria Anzaldúa viennent densifier et rendre tangible la lecture de l'espace proposée par Lefebvre, en montrant que les espaces différentiels - ces espaces qui échappent à la logique homogénéisante et fonctionnelle de l'espace dominant - ne relèvent pas uniquement d'une abstraction théorique, mais se vivent concrètement, dans le quotidien souvent ambigu, douloureux ou créatif des personnes reléguées aux marges. Ces espaces émergent à travers des pratiques de résistance, de négociation ou de réinvention silencieuse. Dans la *frontera*, les personnes dont les identités ne cadrent pas avec les normes dominantes (cisgenre, hétéromononormativité, binarisme de genre) peuvent devenir des *nepantleras*, c'est-à-dire des acteurs liminaux qui naviguent entre les mondes, entre les injonctions normatives et leurs réalités vécues. Ces sujets ne se contentent pas de subir les structures sociales et spatiales dominantes : ils apprennent à les habiter autrement, à les subvertir de l'intérieur, à créer des interstices de possibilités là où, a priori, il n'y avait que de l'exclusion. Le vécu dans la *frontera* - ce lieu de tensions et de recomposition - met ainsi en lumière les manières concrètes dont les espaces différentiels sont générés et incarnés dans des corps, des gestes, des relations.

La synergie entre les apports de Lefebvre, Lupton et Anzaldúa permet dès lors de penser l'espace dominant de la transition à la parentalité - tant en recherche qu'en pratique clinique - non pas comme un simple lieu de prestation de soins, mais comme un champ de forces mouvant, où s'articulent des discours normatifs (Lupton), des pratiques sociales (Lefebvre) et des expériences vécues profondément subjectives et situées (Anzaldúa). Le discours du risque, tel que problématisé par Lupton, devient ici un outil clé pour comprendre comment certaines identités, notamment 2ELGBTQIA+, sont déplacées vers les marges, perçues comme déviantes ou menaçantes, et donc spatialement exclues. Dans ce contexte, la création de « *fronteras* critiques » par les professionnels de la santé et les chercheurs devient une démarche politique essentielle : il s'agit d'ouvrir des brèches dans l'espace dominant, de créer des lieux de reconnaissance, d'écoute et de co-construction des savoirs, où ce qui est habituellement rendu invisible peut enfin apparaître. Ces espaces sont aussi ceux où l'on peut déconstruire les normes implicites des soins, et imaginer des formes plus inclusives, relationnelles et situées de soutien périnatal.

Ainsi, l'intégration de ces perspectives théoriques ne vise pas simplement à enrichir la compréhension des trajectoires parentales 2ELGBTQIA+, mais elle offre une véritable posture épistémologique, éthique et politique. En adoptant cette lecture combinée de l'espace, des discours et des subjectivités, les chercheurs et les professionnels de la santé sont invités à déplacer leur regard, à faire émerger d'autres façons de faire de la recherche, de concevoir les milieux de soins, et surtout, de s'engager vers une justice spatiale en santé périnatale. Ce cadre ouvre la voie à une reconstruction active des espaces : non plus pensés comme neutres ou techniques, mais comme des géographies d'inclusion ou d'exclusion, à déconstruire et à reconfigurer collectivement.

Articulation des perspectives théoriques : penser l'espace, le risque et les subjectivités

Le cadre théorique de cette étude repose sur une articulation intentionnelle entre trois perspectives critiques : la production de l'espace (Lefebvre, 2013), la conceptualisation du risque (Lupton, 2013; Sibley, 1995) et la pensée des *borderlands* (Anzaldúa, 2012). Bien que ces perspectives critiques soient issues de traditions distinctes, elles convergent autour d'une même préoccupation : comprendre comment les rapports de pouvoir se matérialisent dans l'espace et comment ils peuvent être contestés à partir des marges.

La théorie de la production de l'espace de Lefebvre constitue l'ossature analytique du cadre. Elle permet de penser les milieux de soins non pas comme des contextes neutres, mais comme des espaces socialement produits à travers une dialectique entre pratiques spatiales (perçu), représentations dominantes (conçu) et expériences vécues (vécu). Cette perspective met en lumière la manière dont les normes hétéromononormatives et cisnormatives sont inscrites dans l'organisation des soins, dans les protocoles, les discours professionnels et les architectures institutionnelles.

Les travaux de Lupton et Sibley sur le risque permettent d'approfondir cette lecture spatiale en montrant comment la production de l'espace s'opère aussi par des discours de régulation. Le risque agit ici comme un dispositif de tri symbolique et spatial : certains corps, identités ou pratiques parentales sont désignés comme problématiques, déviants ou menaçants, justifiant leur surveillance, leur encadrement ou leur exclusion. Le discours du risque devient ainsi un mécanisme central de reproduction des espaces dominants en santé, tout en contribuant à l'altérisation/*othering* des parentalités 2ELGBTQIA+.

La pensée de Gloria Anzaldúa vient densifier cette analyse en introduisant une lecture incarnée, affective et transformatrice de l'espace. Le concept de *frontera* permet de comprendre comment les personnes marginalisées habitent des espaces de tension

et de chevauchement, où les normes dominantes sont à la fois subies et négociées. En ce sens, les *borderlands* constituent des espaces vécus qui correspondent aux espaces différentiels de Lefebvre : des lieux où émergent des pratiques de résistance, de réappropriation et de création. Les notions de *nepantla* et de conscience *mestiza* rendent visible la manière dont ces espaces sont traversés par des subjectivités en mouvement, capables de transformer les structures dominantes depuis l'intérieur même de leurs contradictions.

L'articulation de ces trois cadres permet ainsi de saisir la transition à la parentalité comme un espace sociosanitaire en co-formation, produit par des discours normatifs (Lupton et Sibley), des pratiques institutionnelles (Lefebvre) et des expériences vécues situées (Anzaldúa). Cette approche intégrée offre un cadre conceptuel robuste pour analyser non seulement les mécanismes d'exclusion à l'œuvre dans les soins, mais aussi les possibilités concrètes de création d'espaces différentiels, soutenus par des pratiques infirmières critiques, situées et transformatrices pour créer des lieux de résistances et de ruptures, pouvant transformer l'espace dominant.

Chapitre 4

CONSIDÉRATIONS MÉTHODOLOGIQUES

Devis de recherche

L'analyse phénoménologique interprétative (API) s'appuie sur des fondements philosophiques rigoureux, tout en offrant une flexibilité dans le choix des cadres théoriques mobilisés. Pour comprendre ses assises, il est nécessaire de distinguer les contributions majeures d'Edmund Husserl et de Martin Heidegger, préalables à toute application méthodologique contemporaine.

Edmund Husserl (1953, 1970/1992) propose une phénoménologie descriptive (ou eidétique), centrée sur la description rigoureuse de l'expérience vécue. Pour Husserl, la réalité est accessible uniquement à travers l'intentionnalité de la conscience : chaque expérience est orientée vers un objet et doit être étudiée dans sa structure pure. La réduction phénoménologique permet de suspendre les présupposés du chercheur afin de décrire les phénomènes tels qu'ils se présentent à la conscience, en mettant en évidence leur essence universelle (Husserl et al., 1992).

Martin Heidegger (2007) s'éloigne de la démarche descriptive de Husserl en développant une phénoménologie interprétative. Il considère que l'être humain est toujours « jeté » dans un monde contextuel, historique et relationnel. L'expérience n'est jamais neutre : elle est déjà interprétée, située et influencée par le contexte existentiel de l'individu. Heidegger met ainsi l'accent sur l'herméneutique, rejetant le dualisme sujet/objet et soulignant que comprendre un vécu implique de prendre en compte son sens dans un contexte donné (Dowling et Cooney, 2012).

L'API contemporaine, telle que développée par Smith et ses collègues (2022), constitue une mise en œuvre méthodologique de ces fondements philosophiques. Elle combine phénoménologie et herméneutique dans une approche idiographique, centrée

sur l'exploration approfondie des expériences singulières. Dans cette perspective, les participant.e.s donnent un sens à leur monde, et la chercheuse cherche à comprendre comment ce sens se construit, ce que l'on appelle la double herméneutique (Smith et al., 2022). L'API valorise la richesse et la complexité des expériences individuelles, tout en reconnaissant que celles-ci sont situées, partiellement subjectives et influencées par des rapports de pouvoir, des normes sociales et des dynamiques de marginalisation (O'Reilly & Kiyimba, 2015).

Le devis de cette recherche s'appuie sur une étude exploratoire qualitative mobilisant l'API, une approche ancrée dans la tradition herméneutique de la phénoménologie. L'API vise à explorer l'expérience vécue en profondeur tout en s'intéressant à la manière dont les participant donnent sens au phénomène étudié dans leur contexte particulier (Smith et al., 2022). Elle permet à la chercheuse de prendre en compte la complexité de chaque récit, tout en assumant son rôle actif dans l'interprétation, ce qui s'avère essentiel pour comprendre les dynamiques propres à la transition à la parentalité vécue par des personnes 2ELGBTQIA+ francophones vivant en contexte linguistique minoritaire.

Ancrage épistémologique de l'API

Dans le cadre de cette étude, l'API est donc mobilisée pour explorer les expériences vécues par des personnes 2ELGBTQIA+ au cours de leur transition vers la parentalité. Cette période, marquée par des bouleversements identitaires et relationnels, s'inscrit souvent à l'intersection de normes hétéronormatives et de contraintes institutionnelles (Darwin & Greenfield, 2019). Les axes phénoménologiques suivants guident l'analyse :

- 1) Corporéité : perception du corps, sensations et émotions (Merleau-Ponty, 1996)

- 2) Temporalité : expérience subjective du temps selon l'intensité des moments vécus (Guimond-Plourde, 2005)
- 3) Spatialité : perception de l'espace physique et symbolique (Morais, 2013)
- 4) Relationalité : qualité et nature des relations dans l'espace partagé (Heidegger, 2007)
- 5) Normativité critique : influence des normes sociales, valeurs et rapports de pouvoir sur l'expérience, ainsi que les dynamiques de résistance et de négociation (Corriveau et al., 2022)

Cette organisation linéaire permet de présenter clairement l'évolution des idées : Husserl et la phénoménologie descriptive, Heidegger et la phénoménologie interprétative, puis l'API de Smith comme application contemporaine, enrichie de perspectives critiques et situées pour analyser les expériences parentales 2ELGBTQIA+.

Les travaux d'Henri Lefebvre (2013), qui explique comment les espaces sont socialement produits et contrôlés par ceux qui détiennent le pouvoir serviront comme appui. Ces espaces normatifs dictent ce qui est considéré comme « normal » et, par conséquent, excluent ou marginalisent celles et ceux qui ne s'y conforment pas. Cette normativité spatiale est renforcée par la notion de risque social et spatial développée par David Sibley (1995), qui éclaire comment certains groupes sont perçus comme menaçant l'ordre établi et sont relégués à l'extérieur des espaces « légitimes ».

Dans cette perspective, les expériences des personnes vivant à la marge peuvent être comprises comme celles de sujets frontaliers (*borderlands*), concept mobilisé par Gloria Anzaldúa (2012), qui décrit la navigation constante entre différents mondes sociaux, culturels et identitaires, souvent marqués par la tension et la transformation. Ces personnes ne subissent pas passivement les normes, mais peuvent aussi contribuer à les contester et à réinventer l'espace social et identitaire.

Dans l'API, ces cinq axes ont guidé la collecte et l'analyse des données. Le guide d'entretien (Annexe 2) a été conçu de manière à explorer de façon approfondie les différentes dimensions de l'expérience vécue des participant, en intégrant explicitement les axes phénoménologiques ainsi que la normativité critique. Par exemple, les questions portant sur la transition à la parentalité permettent de saisir comment les participant.e.s ressentent et vivent les changements corporels et émotionnels (corporéité), ainsi que leur rapport au temps subjectif dans cette étape importante (temporalité). Les discussions autour des espaces sociaux et familiaux, des rôles et des relations quotidiennes donnent accès à la manière dont ils perçoivent et habitent les environnements qui les entourent, non seulement dans leur dimension physique, mais aussi dans leur atmosphère et leur signification sociale (spatialité), ainsi que dans la qualité et la dynamique des relations humaines qu'ils entretiennent (relationalité). De plus, le guide aborde les identités multiples des participant.e.s notamment en lien avec la sexualité, le genre, la sécurité, et les réseaux de soutien, ce qui invite à réfléchir sur les normes sociales et culturelles qui traversent ces expériences, ainsi que sur les stratégies mises en œuvre face à ces normes (normativité critique). L'ensemble des sections du guide d'entretien permet donc d'englober ces différentes dimensions, en s'assurant que l'expérience soit explorée dans toute sa complexité, avec une attention particulière portée aux influences sociales, spatiales et normatives qui façonnent le vécu.

Cette construction méthodologique permet ainsi d'allier rigueur phénoménologique et posture critique, en saisissant l'expérience dans ses aspects intimes tout en prenant en compte les contextes sociaux et les rapports de pouvoir qui la traversent. Ainsi, l'API, enrichie par cette perspective critique, offre un cadre rigoureux pour comprendre l'expérience humaine dans sa richesse, ses contradictions et ses dynamiques sociales, ce qui correspond aux objectifs de cette étude. Comme le soulignent Smith, Flowers et Larkin (2022), l'objectif n'est pas de produire une théorie généralisable, mais plutôt de

reconnaître la complexité du vécu humain à travers une analyse détaillée, rigoureuse et nuancée.

L'API représente un cadre méthodologique rigoureux, sensible et réflexif, particulièrement bien adapté à l'étude des phénomènes complexes en santé. Elle permet non seulement de mettre en lumière la richesse du vécu humain, mais aussi de produire des connaissances ancrées dans l'expérience, qui peuvent directement informer la pratique infirmière ou interdisciplinaire. En rendant visibles ces vécus, l'API contribue à renforcer l'humanité, l'équité et la pertinence des soins.

Milieu, préparation de terrain, population, recrutement, échantillon

Cette recherche qualitative, à la fois pointue et socialement sensible, s'inscrit dans un contexte empirique plus large visant à mieux comprendre les réalités vécues par les personnes situées à l'intersection de multiples rapports de minorisation, notamment les francophones 2ELGBTQIA+ vivant en contexte linguistique minoritaire dans la province du Manitoba (Prada et al., 2023). Une étude quantitative communautaire (Prada et al., 2023), menée par une équipe de recherche incluant la doctorante en partenariat avec le *Collectif LGBTQ+ du Manitoba 2020 au Manitoba* - une première du genre dans l'Ouest canadien - avait déjà mis en lumière les effets cumulatifs de la marginalisation linguistique et identitaire : sentiment d'isolement, manque de soutien psychologique, rejet simultané de la part des communautés francophones et 2ELGBTQIA+. Ces constats ont souligné l'urgence de créer des espaces d'affirmation linguistique et de reconnaissance inclusive.

C'est dans cette optique que le présent projet a été conçu, une continuation du partenariat étroit avec le *Collectif LGBTQ+ du Manitoba*, un organisme engagé auprès des communautés concernées. Ce partenariat s'est développé bien avant le début formel du projet doctoral, dans une logique de *relationalité* et de *réciprocité* — deux piliers des approches décoloniales et féministes critiques (Wilson, 2008; Kovach, 2009). La

relationalité reconnaît que le savoir émerge dans la relation - avec les personnes, les lieux, les contextes sociaux - tandis que la *réciprocité* invite à des échanges durables, non extractifs, fondés sur la reconnaissance mutuelle.

Dans cette perspective, la doctorante a mené, en parallèle de sa thèse, une recherche-action participative (Avanthay Strus et al., 2024) avec des jeunes 2ELGBTIA+ francophones vivant en situation linguistique minoritaire au Manitoba (2021–2022). Co-construite avec les jeunes, cette étude mixte a exploré leurs expériences dans les milieux scolaires, familiaux, communautaires et institutionnels. L'analyse a révélé un taux élevé de troubles de santé mentale, un manque de réseaux de soutien en français, et des difficultés à trouver des espaces inclusifs. Cette démarche a permis d'obtenir deux subventions communautaires : l'une pour offrir de la programmation francoqueer dans un centre de santé, l'autre pour développer des ressources éducatives en appui à des écosystèmes scolaires inclusifs. Conformément aux principes de la recherche-action participative, cette démarche visait non seulement à comprendre les besoins des jeunes, mais également à générer des actions concrètes coconstruites avec eux. La doctorante, en collaboration avec ces jeunes chercheurs, a ainsi réussi à mettre en œuvre plusieurs recommandations issues de l'étude, en mobilisant deux demandes de subventions.

La première subvention visait à renforcer la programmation pour les jeunes 2ELGBTQIA+ en partenariat avec un Centre de santé. Cela a permis la création d'un poste de conseiller francophone en santé mentale, spécialisé dans les défis rencontrés par les jeunes 2ELGBTQIA+, ainsi qu'un poste d'infirmière en santé primaire spécialisée en santé sexuelle. Cette initiative comprenait également l'implantation de nouvelles activités sociales, et la subvention vient d'être renouvelée.

La seconde subvention visait à accroître la représentation des jeunes francoqueer dans l'écosystème scolaire, en collaboration avec la Division des ressources éducatives françaises. Ce projet a permis de cocréer cinq livres et une boîte à outils pédagogique

francoqueer comprenant plus de 40 activités alignées avec le curriculum manitobain, ainsi qu'une galerie mobile dont le vernissage a eu lieu le 14 novembre 2025.

Ces actions illustrent concrètement l'esprit de la recherche-action participative : les jeunes sont non seulement participant.e.s à la recherche, mais également acteurs de la transformation des environnements éducatifs et sociaux qui les concernent.

La doctorante prévoit également participer à la prochaine phase de recherche du *Collectif* (voir Annexe 3 pour la lettre de soutien) portant sur la santé mentale et l'accès aux services pour les personnes âgées 2ELGBTQIA+ francophones, poursuivant ainsi un engagement à long terme dans des partenariats transformationnels.

Le déroulement de l'étude doctorale s'est donc appuyé sur une préparation de terrain ancrée dans la confiance, la co-construction et la pertinence sociale. *Le Collectif* a été impliqué dès les premières étapes : formulation des objectifs, élaboration du protocole, validation du guide d'entretien, stratégie de diffusion des résultats. Le recrutement (voir Annexe 4) a été mené via les réseaux du *Collectif* (site web, infolettres, réseaux sociaux), et certains membres ont aussi approché directement des personnes afin de faciliter un premier contact dans un climat de respect, de sécurité linguistique et d'identité. Une fois identifié une lettre d'invitation leur a été acheminé via courriel (Annexe 5).

Ce mode de recrutement communautaire s'appuie sur les recommandations visant à rejoindre des populations dites « difficiles à atteindre » (Bonevski et al., 2014; Sanders & Munford, 2017), tout en évitant les méthodes pouvant exposer à la stigmatisation ou au dévoilement involontaire (Russomanno et al., 2019). Il reflète aussi une volonté explicite d'adresser la fatigue de la consultation sans impact tangible, souvent dénoncée par les personnes marginalisées (Reynolds & Beresford, 2020; Richards et al., 2020).

L'échantillon de l'étude était composé de 12 participant.e.s, sélectionnés par échantillonnage intentionnel, en cohérence avec l'API. Cette approche idiographique valorise la profondeur de l'expérience individuelle plutôt que la représentativité statistique

(Smith et al., 2022). Une attention particulière a été portée à la diversité des identités sexuelles, de genre, linguistiques, racisées, familiales et géographiques. Les critères d'inclusion incluaient : s'identifier comme personne 2ELGBTQIA+ ; être parent ou en processus de le devenir ; vivre en contexte linguistique minoritaire ; être âgé de 18 ans ou plus ; et pouvoir s'exprimer en français.

Les entretiens semi-structurés, choisis pour leur souplesse et leur sensibilité contextuelle, ont permis d'explorer en profondeur les dynamiques identitaires, relationnelles, familiales et structurelles liées à la transition à la parentalité. L'ensemble du protocole - du guide d'entretien à la stratégie de consentement - a été pensé pour favoriser une participation authentique, sécuritaire et inclusive, en rupture avec les dynamiques extractives souvent reprochées à la recherche (Diversi & Finley, 2010; Snow et al., 2018).

En somme, cette recherche n'aurait pu être menée sans un ancrage communautaire solide, construit dans le temps, nourri par des engagements réciproques, et à long terme et guidé par une éthique de la transformation sociale et de la reconnaissance des savoirs situés (Tuck & Yang, 2014). La collaboration avec le *Collectif LGBTQ+ du Manitoba* constitue ici une composante méthodologique centrale, garantissant la validité écologique du projet et son potentiel d'impact tangible auprès des communautés concernées.

Collecte des données

La collecte des données s'est effectuée en deux étapes : un court questionnaire sociodémographique et un entretien semi-structuré. Le questionnaire en ligne (voir Annexe 6), administré via la plateforme *Qualtrics*, visait à recueillir des informations de base pour contextualiser l'analyse des récits. Il a été suivi d'un entretien approfondi (voir

Annexe 2), qui constitue la méthode principale de collecte en Analyse API (Smith et al., 2022).

L'entretien semi-structuré est privilégié en API puisqu'il permet une exploration en profondeur du sens que les participant.e.s attribuent à leur expérience vécue. Contrairement à la phénoménologie descriptive, qui cherche à dégager les structures universelles de l'expérience, l'API met l'accent sur l'interprétation, dans une logique doublement herméneutique : le participant tente de faire sens de son vécu, et le chercheur tente de faire sens de ce sens (Smith et al., 2022). Cette démarche s'opère à travers un dialogue continu entre le chercheur et les participant.e.s, favorisant une co-construction des connaissances et permettant d'approfondir la compréhension des nuances et singularités de chaque expérience.

Le guide d'entretien a été construit pour favoriser une narration ouverte, contextualisée et ancrée dans les cinq axes phénoménologiques mobilisés pour l'analyse : la corporéité, la temporalité, la spatialité, la *relationalité* et la normativité critique. Sans nommer explicitement ces dimensions dans les questions, leur influence a guidé la formulation des quatre sections du guide :

1. la transition à la parentalité ;
2. les identités multiples (incluant le genre, la sexualité, le corps et les rapports au soutien et à la sécurité) ;
3. la conciliation des rôles (parentaux, conjugaux et personnels) ;
4. l'accès aux services sociaux et de santé.

Cette structuration permettait de créer un espace réflexif où les participant.e.s pouvaient exprimer librement leurs expériences, tout en favorisant une mise en récit ancrée dans leur contexte social et subjectif (Smith et al., 2022). Des sous-questions ont été utilisées

de façon flexible afin de clarifier certains aspects du discours, en fonction des propos tenus et des besoins de chaque entrevue. Cette approche s'inscrit dans l'esprit de l'API, qui préconise un équilibre entre rigueur et ouverture (Smith et al., 2022).

Les entrevues semi-dirigées ont été menées sur une période de 12 mois, entre le premier et le dernier entretien, afin de saisir des expériences situées à différents moments de la transition à la parentalité. Selon la préférence des participant.e.s, les entrevues ont eu lieu en présentiel, par téléphone ou par visioconférence (Zoom), une flexibilité qui visait à réduire les barrières à la participation et à favoriser un climat de confiance. Toutes les entrevues ont été réalisées en français, avec des ajustements possibles dans le rythme, la structure et les relances afin de s'adapter aux besoins des participant.e.s et à la sensibilité des récits. Cependant plusieurs participant.e.s ont aussi utilisé l'anglais ou l'espagnol pour décrire certains événements.

La durée des entrevues variait entre 30 minutes et 2 heures. Les entrevues plus courtes concernaient principalement des personnes se situant dans la phase de *décision d'avoir un enfant*, sans avoir encore amorcé de démarches concrètes, ce qui influençait la densité des récits. À l'inverse, les participant.e.s plus avancés dans le processus de parentalité ont offert des récits plus détaillés, contribuant à la richesse et à la profondeur des données analysées.

Analyse des données

L'analyse a suivi une démarche rigoureuse inspirée des sept étapes proposées par Smith et al. (2022), tout en s'inscrivant dans un processus réflexif ancré dans le cercle herméneutique. Ce dernier implique des allers-retours constants entre les parties (des segments du récit) et le tout (l'expérience dans sa globalité), dans une visée de compréhension en profondeur. L'horizontalisation, c'est-à-dire l'attribution d'un poids égal à chaque expression significative dans les premières étapes de l'analyse, a été mobilisée

pour rester fidèle à la multiplicité des voix et préserver l'engagement idiographique propre à l'API.

1) *Lecture et relecture du premier cas :*

Chaque transcription a été lue et relue attentivement afin de s'immerger dans la narration et les émotions qu'elle véhicule. Cette étape vise à développer une écoute empathique et ouverte, en prêtant attention aux silences, aux ruptures, au rythme du discours, et à ce qui se dit autant qu'à ce qui ne se dit pas.

2) *Prises de notes exploratoires :*

Des annotations ont été produites selon trois registres :

- Descriptives, soulignant les événements, les émotions, les acteurs impliqués
- Linguistiques, analysant les choix lexicaux, les métaphores, les répétitions, les hésitations.
- Conceptuelles, amorçant une lecture interprétative fondée sur des hypothèses de sens ou des symboliques possibles.

3) *Formulation d'énoncés expérientiels*

Les segments significatifs ont été reformulés sous forme d'énoncés centrés sur l'expérience, qui traduisent les éléments clés du vécu en un langage analytique. Ces énoncés conservent l'intention originale tout en la rendant accessible à une compréhension théorique plus large.

4) *Recherche de connexions entre les énoncés*

Les énoncés ont été regroupés selon leurs similarités, tensions ou contrastes, permettant de faire émerger des thèmes expérientiels initiaux, c'est-à-dire des dimensions de l'expérience perçues comme porteuses de sens pour la personne concernée.

5) *Définition des thèmes expérientiels personnels*

Les regroupements issus de l'étape précédente ont mené à la construction de thèmes expérientiels personnels, enracinés dans les récits individuels et illustrés par des extraits verbatim. Ceux-ci permettent de préserver la richesse du langage des participant.e.s tout en soutenant l'analyse.

6) *Analyse des autres cas*

Chaque cas a été analysé séparément en respectant l'engagement idiographique de l'API. Cela signifie que chaque récit a été considéré dans sa singularité, sans présumer de catégories ou de comparaisons prématurées.

7) *Élaboration des thèmes expérientiels de groupe*

Une fois tous les cas analysés, une mise en relation transversale a permis d'identifier des convergences, des divergences, ou des motifs récurrents dans les vécus. Ces analyses croisées ont mené à la construction de thèmes expérientiels de groupe, qui rendent compte d'une compréhension collective du phénomène étudié.

Deux niveaux d'analyse distincts mais complémentaires ont guidé ce processus. Le premier niveau, centré sur le vécu subjectif, vise à comprendre ce que l'expérience est pour les participant.e.s : comment ils la vivent, la nomment, l'intègrent. Le second niveau, d'ordre critique, s'attache à mettre en lumière les structures normatives et les rapports de pouvoir sous-jacents à ces expériences. Cette lecture engage une interrogation des régimes de vérité, des contraintes institutionnelles, des discours dominants, mais aussi des formes de résistance, d'adaptation ou de subversion mobilisées par les participant.e.s (Smith et al., 2022)

Cette posture critique est notamment inspirée par les travaux de Sibley (1995), Lupton (2012), Lefebvre (2013) et Anzaldúa (2012), qui permettent de situer l'expérience dans des espaces vécus marqués par l'ambiguïté, la marginalité ou le conflit. Ainsi, au-delà d'une restitution fidèle des récits, l'analyse devient un outil de dévoilement : elle met

en lumière les tensions entre subjectivité et normativité, entre *agency* - entendue ici comme la capacité des individus à agir, résister ou négocier leur position au sein de structures sociales contraignantes - et contraintes sociales, en rendant visible l'impact des systèmes sur les vécus intimes.

Considérations éthiques

Cette étude a reçu l'approbation du Comité d'éthique (Annexe 7) de la recherche de l'Université d'Ottawa (H-06-22-8118). Afin de garantir la confidentialité et la protection des données, des mesures rigoureuses ont été mises en place à toutes les étapes du processus de recherche.

Chaque formulaire de consentement (Annexe 8) a été associé à un identifiant unique attribué à la personne participante. Cet identifiant a été utilisé pour toutes les autres formes de documentation produites dans le cadre de l'étude, assurant l'anonymat des récits. Les participant.e.s avaient la possibilité de choisir un pseudonyme pour les entretiens et les transcriptions, bien qu'aucune personne n'ait souhaité l'utiliser.

Les données sont conservées sur une clé USB chiffrée, elle-même entreposée dans une armoire verrouillée dans le bureau sécurisé de la doctorante à l'Université de Saint-Boniface. Conformément aux normes institutionnelles, ces données seront conservées pendant une période de sept ans, puis détruites de manière sécuritaire. Seule la doctorante et ses co-directeurs de thèse ont accès à ces données. Au-delà des exigences institutionnelles, cette recherche s'inscrit dans une démarche éthique relationnelle, communautaire et critique, fondée sur les principes de justice sociale, de reconnaissance des savoirs situés, et de refus des dynamiques extractives. Puisqu'elle est elle-même membre des communautés desservies par le *Collectif LGBTQ* du Manitoba* (voir la lettre d'entente : Annexe 5), la doctorante a cultivé, bien avant le lancement officiel de l'étude, une relation de confiance fondée sur la *relationalité* et la

réciprocité, deux principes centraux dans les approches décoloniales et féministes autochtones (Wilson, 2008 ; Kovach, 2009).

Inspirée par les principes de propriété, contrôle, accès et possession (PCAP) (Schnarch, 2004) - adaptés ici à un contexte communautaire non autochtone - , la doctorante a veillé à coconstruire les conditions éthiques de la recherche avec le *Collectif LGBTQ* du Manitoba* :

- **Propriété** : La doctorante a présenté le devis de recherche et les fondements méthodologiques au Conseil communautaire du *Collectif**, incluant l'approche d'API. Une entente verbale sur les modalités de participation et de rétroaction a été conclue.
- **Accès** : *Le Collectif* a aidé avec le recrutement mais ne connaissait pas qui étaient les participant.e.s de l'étude. Seuls les résultats ont été partagés avec le *Collectifs LGBTQ* du Manitoba*. Ces résultats leur seront aussi acheminé suite à la soutenance.
- **Contrôle** : Après examen du protocole et en reconnaissance du double statut communautaire et académique de la doctorante, *le Collectif* a donné son accord pour que l'étude soit menée.
- **Possession** : Bien que la doctorante conserve la garde physique des données dans le cadre de ses obligations universitaires, une entente a été convenue pour que les résultats soient transmis au *Collectif* avant toute diffusion publique.

Les résultats préliminaires ont été partagés avec *le Collectif* dans une optique, de transparence et de respect des savoirs expérientiels. De plus tous les participant.e.s ont eu l'occasion de lire les chapitre 5 et 6 avant la soumission au comité. Cette posture vise à rompre avec les pratiques de recherche extractives, à honorer les principes d'éthique

communautaire, et à assurer une retombée concrète pour les milieux concernés (Tuck & Yang, 2014).

Par ailleurs, consciente que le format académique d'une thèse doctorale n'est pas toujours accessible ou pertinent pour les membres de la communauté concernée, la doctorante s'engage à développer des stratégies de mobilisation des connaissances adaptées aux réalités, aux besoins et aux contextes des personnes 2ELGBTQIA+ francophones vivant en situation minoritaire. Ces outils viseront à rendre les résultats compréhensibles, utiles et mobilisables en dehors des cercles universitaires, dans une logique de redevabilité et de transformation sociale.

En collaboration avec *le Collectif LGBTQ+ du Manitoba*, elle prévoit notamment la création de formats variés et inclusifs : présentations communautaires bilingues, résumés visuels (infographies, brochures), balados, ateliers d'apprentissage ou encore capsules de sensibilisation destinée aux milieux de la santé, des services sociaux et de l'éducation. Cette approche s'inscrit dans les principes de recherche participative et éthique relationnelle, qui reconnaissent que la recherche ne se termine pas à la collecte ou à l'analyse, mais qu'elle doit se traduire par des retombées tangibles et accessibles pour les communautés concernées (Wilson, 2008 ; Kovach, 2009 ; Tuck & Yang, 2014).

En alignant ses actions de diffusion avec les valeurs de réciprocité, d'autodétermination et de justice épistémique, la doctorante souhaite ainsi éviter les écueils d'une recherche descendante ou unidirectionnelle. Ces efforts de mobilisation s'inscrivent dans un continuum d'engagement avec *le Collectif LGBTQ+ du Manitoba*, renforçant le lien entre savoirs scientifiques et savoirs vécus, entre production de connaissances et changements concrets dans les milieux de vie.

Critères de rigueur

Aucun consensus n'existe quant aux critères d'évaluation de la qualité d'une recherche qualitative, en raison de la pluralité des approches méthodologiques et épistémologiques (Easterby-Smith et al., 2008). Pour cette étude, les principes de rigueur proposés par O'Reilly et Kiyimba (2015) ont été retenus comme cadre d'analyse, car ils tiennent compte des enjeux fondamentaux soulevés dans la littérature méthodologique qualitative (Caelli et al., 2003; Morse et al., 2002; Tracy, 2010). Ces critères s'articulent autour de trois dimensions principales : (1) la transparence et la réflexivité, (2) la transférabilité et l'éthique, et (3) l'intégrité méthodologique et épistémologique. Chaque dimension est présentée ci-dessous avec sa définition, suivie d'illustrations concrètes de comment ces critères ont été rencontrés tout au long du projet de recherche.

Transparence et réflexivité

Transparence fait référence à la clarté du processus de recherche et à la capacité pour d'autres chercheurs de retracer les décisions prises à chaque étape, ce qui implique une documentation rigoureuse, une justification méthodologique explicite et une auditabilité du cheminement (O'Reilly & Kiyimba, 2015). La réflexivité, quant à elle, engage le chercheur à reconnaître l'influence de son positionnement, de ses valeurs et de ses expériences sur la construction du savoir, et à maintenir une vigilance critique face à ses propres biais (Tracy, 2010).

Dans cette étude, la transparence a été assurée par une documentation détaillée du processus de recherche : élaboration du devis en partenariat avec un organisme communautaire, justification des choix méthodologiques (API, échantillonnage intentionnel), élaboration collaborative du guide d'entretien, et clarification des critères d'inclusion/exclusion. Un journal de bord réflexif a été tenu tout au long du processus, permettant d'examiner l'évolution de la posture de la chercheuse et l'impact de ses

positionnements personnels et professionnels sur l'analyse. Le rapport étroit entretenu avec le *Collectif LGBTQ+ du Manitoba*, fondé sur des principes de co-construction et de respect des savoirs communautaires, a également favorisé une pratique réflexive constante et ancrée.

Transférabilité et éthique

La transférabilité réfère à la possibilité, pour des lecteurs ou d'autres chercheurs, d'évaluer dans quelle mesure les résultats d'une étude peuvent trouver une résonance ou une utilité dans d'autres contextes similaires, tout en respectant la singularité des situations étudiées. Plutôt que de viser une généralisation statistique, la recherche qualitative cherche ici à générer des connaissances transférables par leur profondeur contextuelle. L'éthique, dans ce cadre, dépasse le simple respect des règles formelles d'approbation institutionnelle : elle implique une vigilance constante quant aux effets de la recherche sur les personnes impliquées, la valeur sociale du projet, et l'engagement à produire des retombées concrètes (O'Reilly & Kiyimba, 2015; Tuck & Yang, 2014).

Cette étude s'inscrit dans une démarche éthique rigoureuse et engagée, en collaboration étroite avec le *Collectif LGBTQ+ du Manitoba*. Le recrutement a été conçu pour préserver la sécurité linguistique et identitaire des personnes participantes, en respectant leurs différents niveaux de dévoilement. Le protocole a été développé et revu par des personnes 2ELGBTQIA+ pour éviter les dynamiques extractives souvent reprochées à la recherche universitaire (Diversi & Finley, 2010; Snow et al., 2018). Le choix du thème de recherche, considéré comme sensible, s'appuie sur une volonté explicite de générer des retombées concrètes pour les communautés concernées (ex. : développement de ressources, obtention de subventions pour la programmation francoqueer). En effet, le choix du sujet de la thèse doctorale découle d'une recherche faite en partenariat avec les personnes francophones 2ELGBTQIA+ de la province du

Manitoba. Par ailleurs, en reconnaissant les limites du contexte local, l'étude propose des éléments d'analyse transférables à d'autres milieux minoritaires (par exemple, des populations francophones en milieu rural ou d'autres communautés 2ELGBTQIA+ vivant des rapports de marginalisation).

Intégrité méthodologique et épistémologique

L'intégrité renvoie à la cohérence entre les choix théoriques, épistémologiques et méthodologiques de la recherche. Elle implique la congruence épistémologique (la cohérence entre la posture critique adoptée et les méthodes choisies), l'authenticité des données recueillies (fidélité aux récits, sans les aplanir ni les instrumentaliser) et l'adéquation de l'échantillonnage (sélection pertinente des participant.e.s en lien avec les objectifs de recherche) (O'Reilly et Kiyimba, 2015).

Dans cette recherche, l'intégrité repose sur la congruence entre la posture critique et les choix méthodologiques. L'API a été mobilisée pour honorer la subjectivité des récits et explorer en profondeur les dynamiques identitaires et relationnelles vécues pendant la transition à la parentalité. L'échantillonnage intentionnel visait à inclure une diversité d'identités sexuelles, affectives, de genres, de trajectoires parentales, d'origines raciales et de situations linguistiques. L'authenticité des récits a été préservée en adoptant une posture d'écoute active, en laissant émerger les tensions, contradictions et résistances sans chercher à homogénéiser les expériences. Enfin, la relation de confiance établie avec le *Collectif*, ainsi que l'implication de la doctorante dans une recherche-action participative antérieure avec des jeunes 2SLGBTQIA* francophones, ont contribué à renforcer la validité éthique et épistémologique du projet.

CHAPITRE 5

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS ET ANALYSE

L'analyse guidée par le cadre méthodologique de l'API a permis de faire émerger de nombreuses nuances ainsi que des points de convergence entre les récits. Dans les premières phases du processus analytique, le principe d'*horizontalisation*, qui consiste à accorder un poids égal à chaque expression significative du discours, sans hiérarchie a priori a été mobilisé. Ce choix méthodologique vise à éviter que certaines dimensions de l'expérience soient prématurément privilégiées au détriment d'autres, assurant ainsi une écoute ouverte et équitable de la pluralité des voix présentes dans les données (Smith et al., 2022). Chaque segment du discours est donc considéré comme potentiellement porteur de sens, et ce n'est qu'au fil du processus interprétatif que certaines connexions et récurrences émergent.

Ce travail d'analyse s'est également inscrit dans un *engagement idiographique* (Smith et al., 2022), c'est-à-dire une attention rigoureuse portée à la singularité de chaque récit. Chaque expérience est analysée comme une unité cohérente, en respectant le contexte unique dans lequel elle s'inscrit. Ce souci du détail et de la spécificité permet de préserver la complexité du vécu, avant d'envisager, dans un second temps, des comparaisons transversales entre les cas.

L'horizontalisation et l'engagement idiographique, combinés à une posture herméneutique réflexive, ont permis de dégager une structure d'expérience riche et nuancée, enracinée dans les paroles des participant.e.s tout en soutenant une compréhension plus large du phénomène étudié.

À l'issue de l'analyse idiographique de chaque récit, une mise en relation transversale a été entreprise, afin d'identifier des aspects communs - c'est-à-dire des motifs récurrents, des résonances ou des préoccupations partagées à travers les différentes expériences individuelles. Ces aspects communs ne constituent pas des

généralisations, mais plutôt des convergences de sens qui témoignent de vécus similaires dans des contextes variés.

Ces points de croisement ont permis de faire émerger quatre thèmes expérientiels de groupe. Les thèmes expérientiels de groupe désignent des regroupements interprétatifs issus de la comparaison entre les récits, qui rendent compte des dimensions collectives du phénomène étudié tout en respectant la complexité de chaque expérience individuelle. Ils permettent de structurer l'analyse autour de grands axes de sens partagés, sans effacer la diversité des voix.

Les quatre thèmes expérientiels de groupe identifiés dans cette étude (voir tableau 5.1) sont les suivants :

1. *La transition à la parentalité*, qui explore les passages, les bouleversements identitaires et émotionnels vécus par les participant.e.s ;
2. *La conciliation de rôles*, qui met en lumière les tensions et les ajustements entre les identités parentales, professionnelles, conjugales et sociales ;
3. *La navigation de l'espace*, qui examine les enjeux d'accès, de déplacement, de (non-)appartenance dans différents espaces physiques et symboliques ;
4. *La création d'un espace*, qui désigne les stratégies mises en place par les participant.e.s pour forger des environnements sécurisants, inclusifs et adaptés à leur réalité familiale.

Ces thèmes témoignent de la richesse des récits et de la manière dont l'expérience de la parentalité est façonnée par des dynamiques individuelles, relationnelles et sociopolitiques.

Tableau 5.1 : Thèmes expérientiels de groupe et catégories

<p>Transition à la parentalité</p> <ul style="list-style-type: none"> • Décision • Antepartum • Postpartum • Facteurs externes et internes
<p>Conciliation de rôles</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rôle de parent • Rôle de partenaire • Rôle d'amant • Rôle au sein de la famille élargie • Rôle professionnel
<p>Navigation de l'espace</p> <ul style="list-style-type: none"> • Accès et opportunités • Valeurs et croyances • Identités fragilisées • Structures sociales • Astuces pour professionnels de la santé
<p>Création d'un espace</p> <ul style="list-style-type: none"> • Espace sans jugement • Famille choisie • Prendre sa place • Services et soutien spécialisés

Ces catégories, issues directement des récits, permettent d'illustrer la richesse et la complexité des expériences partagées, tout en rendant compte des nuances repérées dans les parcours individuels. Le premier thème, *La transition à la parentalité*, comprend trois catégories qui suivent le fil temporel du devenir parent : (1) *La décision* d'avoir un enfant, (2) La période *antepartum*/attente de l'enfant, marquée par les préparatifs, les

espoirs et les tensions, et (3) *Le postpartum/arrivé* de l'enfant, période de bouleversements, d'adaptation et parfois de remise en question. Le deuxième thème, *La conciliation de rôles*, met en lumière les tensions entre diverses identités relationnelles et sociales. Il se décline en cinq catégories : (1) *Le rôle parental*, (2) *Le rôle de partenaire*, (3), *Le rôle d'amant*, (4) *Le rôle au sein de la famille élargie* et (5) *Le rôle professionnel*. Le troisième thème, *La navigation de l'espace*, rassemble les expériences liées à la manière dont les participant.e.s occupent, traversent ou sont exclus de certains espaces sociaux, physiques ou symboliques. Cinq catégories s'en dégagent : (1) *Accès et opportunités*, (2) *Valeurs et croyances*, (3) *Identités fragilisées*, (4) *Structures sociales*, et (5) *Astuces pour les professionnels de la santé*. Enfin, le quatrième thème, *La création d'un espace*, porte sur les stratégies et les ressources mobilisées pour construire des environnements de soin, de soutien ou de reconnaissance. Il se décline en quatre catégories : (1) *Un espace sans jugement*, (2) *La famille choisie*, (3) *Prendre sa place*, et (4) *Les services et soutiens spécialisés*.

Nous amorçons la présentation des résultats par un bref portrait des participant.e.s, suivi du premier thème expérientiel de groupe : *La transition à la parentalité*.

Profil des participant.e.s

La majorité des participant.e.s (n=8) étaient âgés de 41 ans ou plus, tandis que trois avaient entre 18 et 25 ans, et une personne entre 36 et 40 ans. La plupart (9%) sont nés au Canada, dont cinq % d'ascendance métisse de la rivière Rouge et cinq % d'origine européenne. Parmi les personnes immigrantes (3), deux venaient d'Amérique latine et une% d'Europe.

Sur le plan linguistique, toutes utilisaient régulièrement le français, mais seules quatre le parlaient exclusivement à la maison. Une proportion importante (5) parlait deux

langues (français et anglais ou espagnol), et deux utilisaient principalement l'anglais à domicile.

En ce qui concerne l'emploi, cinq % occupaient un emploi à temps plein, trois, à temps partiel, et trois % étaient sans emploi. Le revenu annuel variait : quatre gagnaient 60 000 \$ ou plus, trois entre 40 000 \$ et 59 000 \$, et un moins de 20 000 \$.

La majorité (9) avaient entre un et trois enfants, tandis que trois participant.e.s étaient au début de leur parcours vers la parentalité. L'identité de genre comprenait des femmes cisgenres (4), des femmes queer (2) des personnes trans ou genre fluide (2 et des hommes cisgenres (3).

Les orientations sexuelles et configurations relationnelles étaient diverses : trois étaient des hommes gays, deux des femmes hétérosexuelles et asexuelles en couple avec des hommes cisgenres, d'autres femmes s'identifiaient comme lesbiennes ou bisexuelles, en couple avec des femmes cisgenres. Une femme queer polyamoureuse était en relation avec un homme, et une personne genre fluide était en couple avec un homme cisgenre. Un participant était séparé, les autres étant mariés ou en union de fait.

Tableau 5.2 : Récapitulatif des données sociodémographiques des participant.e.s

Caractéristique	Catégorie	Nombre de participant.e.s
Âge	18–25 ans	3
	36–40 ans	1
	41 ans et plus	8
Lieu de naissance	Canada	9
	— Métis rivière Rouge	5
	— Européenne	5
	Immigrants	3
	— Amérique latine	2
	— Europe	1
Langue parlée à la maison	Français uniquement	4
	Français + anglais/espagnol	5
	Anglais principalement	1
Statut d'emploi	Temps plein	5

Caractéristique	Catégorie	Nombre de participant.e.s
Revenu annuel	Temps partiel	3
	Sans emploi	3
	Moins de 20 000 \$	1
	40 000 – 59 999 \$	3
	60 000 \$ ou plus	4
Situation parentale	1 à 3 enfants	9
	Début des démarches	3
Identité de genre	Femmes cisgenres	4
	Femmes queer	2
	Trans / genre fluide	2
	Hommes cisgenres	3
Orientation sexuelle & relation	Hommes gays	3
	Femmes hétéro/asexuelles avec hommes cisgenres	2
	Femmes lesbiennes	—
	Femmes bisexuelles avec femmes cisgenres	2
	Femme queer polyamoureuse avec homme	1
	Homme trans avec femme cisgenre, s'identifiant lesbienne	1
	Genre fluide avec homme cisgenre	1
	Union de fait / Marié·e·s	11
État civil	Séparé·e	1

Transition à la parentalité

La transition à la parentalité est inévitablement façonnée par les contextes dans lesquels elle s'inscrit, qu'ils soient externes (sociaux, culturels, politiques) ou internes (psychiques, relationnels, corporels). Ces circonstances externes et internes constituent le contexte, à partir de laquelle se déclinent les trois stades de la transition vécue par les participant.e.s, soit les catégories suivantes : *Décision* d'avoir un enfant ; *Antepartum*/ Attente de l'enfant ; *Postpartum*/Arrivé de l'enfant. Ces catégories permettent de saisir comment les dynamiques structurelles et intimes interagissent à chaque étape du parcours vers la parentalité.

Décision

La première étape de la transition à la parentalité concerne la *décision* de devenir parent. Cette décision peut être prise de manière réfléchie et délibérée (*décision consciente*) ou survenir de façon plus spontanée ou non planifiée (*décision inconsciente*). La grande majorité des participant.e.s (10) avaient pris une décision consciente d'avoir des enfants, généralement à la suite de discussions approfondies avec leurs partenaires. Trois personnes se trouvaient toujours dans cette phase au moment de l'entretien, amorçant les premières réflexions et conversations en couple à ce sujet.

Pour les personnes 2ELGBTQIA+, cette décision, bien qu'ancrée dans un désir parental fort, s'accompagne de défis structurels et biomédicaux spécifiques. Contrairement aux couples hétérosexuels cisgenres, la conception biologique n'est souvent pas accessible sans l'intervention de tiers, ce qui complexifie les démarches. L'ensemble des participant.e.s ont exprimé un désir explicite d'avoir un enfant biologique, et ont évoqué diverses stratégies pour concrétiser leur projet, notamment : la gestation pour autrui, la fécondation in vitro, le recours à un donneur de sperme, ou encore l'insémination artisanale.

Certaines personnes assignées femmes à la naissance et en couple avec une femme ont exprimé le souhait de porter l'enfant de leur partenaire, valorisant la dimension corporelle du lien parental, tout en reconnaissant les défis physiques, émotionnels et médicaux que cela implique. Par ailleurs, la question du temps et de la planification parentale se pose avec une acuité particulière pour les personnes trans. Comme l'a souligné un participant ayant subi une torsoplastie, le désir d'avoir des enfants biologiques doit parfois être anticipé très tôt, bien avant la formation d'un couple ou l'accès aux parcours médicaux d'affirmation de genre, ce qui ajoute une couche de complexité à leur trajectoire reproductive :

« Il n'y a pas de recherches sur la fertilité après la prise de testostérone, donc les effets sont inconnus. Tu peux être fertile ou infertile. C'était un risque mentionné, mais cela ne m'a pas empêché. » (P5)

Les décisions prises dans le cadre d'une transition de genre - notamment lors du passage de femme assignée à la naissance à homme - peuvent donc avoir des répercussions directes sur la capacité à concevoir un enfant ou à allaiter par la suite. Ces choix, souvent liés à l'affirmation de genre, entrent parfois en tension avec le désir de parentalité biologique.

Comme l'illustre le témoignage d'un participant, certaines implications de s'identifier comme une personne queer ou trans ne deviennent visibles qu'après coup, une fois le parcours de transition déjà amorcé. Une participante, s'identifiant comme queer et bisexuelle avait indiqué que tant qu'elle était en couple avec un homme, cette personne ne percevait pas les obstacles potentiels à la parentalité, voire à concevoir :

« Tout semblait linéaire, donc je ne pensais pas aux obstacles. Je croyais que ça allait simplement arriver. J'aimais l'idée d'être mère, mais l'homme ne faisait pas vraiment partie de cette vision. » (P12)

Cette personne, désirant devenir parent, pensait initialement que cela n'était possible qu'en étant en couple avec un homme. Toutefois, en se projetant dans son rôle de mère, elle réalisait que l'homme ayant contribué à la conception de l'enfant n'entraîne pas nécessairement dans l'équation. Ce témoignage met en lumière les fractures entre les trajectoires identitaires et reproductives, particulièrement marquées chez les personnes non conformes au genre, qui doivent souvent arbitrer entre leur bien-être psychocorporel et leur projet parental.

Pour les participant.e.s, la décision de devenir parent ne se résume pas à un simple choix rationnel, mais s'ancre dans un entrelacement d'affects, de temporalités et de contraintes corporelles ou sociales. Cette décision est souvent

désirée de longue date, bien qu'ajournée jusqu'à l'atteinte d'un sentiment de stabilité ou de « bon moment », comme l'expriment plusieurs :

« Nous voulions des enfants, mais c'est après notre mariage que nous avons cessé d'éviter une grossesse. Nos relations sexuelles n'étaient pas plus fréquentes, mais non protégées, sachant que la grossesse était possible. » (P4)

« Oui, c'est ça, être situé dans nos carrières avant, pour être plus stable. » (P8)

La parentalité se construit ici comme un horizon, façonné par des critères de sécurité, de préparation, et d'engagement réciproque.

D'autres participant.e.s décrivent une transformation de leur rapport à la parentalité au fil du temps, marquée par l'ouverture progressive de la société à la diversité familiale. Ces changements sociaux ont permis de réactiver un désir jusque-là enfoui ou perçu comme inatteignable :

« La société devient plus ouverte à la diversité sexuelle et familiale. J'ai dit à mon partenaire : D'accord, j'accepte, commençons à chercher notre enfant. » (P7)

« Enfant, je n'avais jamais voulu être parent. Et là tout d'un coup j'étais confrontée à la chose. On blâme mes blondes. » (P6)

Mais le désir ne suffit pas toujours. Chez certains, il a dû être réprimé ou redéfini en raison de contraintes médicales liées à la fertilité, perçues comme irréversibles. L'acceptation de la non-parentalité devient alors un travail de deuil et de redirection identitaire :

« On a accepté le fait que la grossesse n'était pas possible. Ma vie va être quelque chose d'autre. » (P2)

Toutefois, la vie a parfois contredit ces certitudes médicales : deux des participant.e.s ont vécu la surprise de pouvoir concevoir, bouleversant les attentes et les récits anticipés. Ces expériences témoignent de la dimension incertaine et

mouvante de la parentalité 2ELGBTQIA+, où désir, biologie, temporalité et reconnaissance se négocient constamment.

Enfin, malgré une variété de parcours, un élément commun ressort de manière marquée : l'adoption ou le placement familial est envisagé comme une option ultime, lorsque toutes les autres voies ont été épuisées. Cela met en lumière un attachement profond à la parentalité biologique ou gestationnelle, souvent entravée par des barrières institutionnelles ou corporelles, mais investie comme voie privilégiée pour réaliser l'expérience de devenir parent.

Antepartum

La période *antepartum*, ou d'attente de l'enfant, constitue un moment charnière dans la transition à la parentalité. Pour les participant.e.s, cette phase est marquée par une anticipation active : réfléchir aux voies possibles pour devenir parent, composer avec les contraintes corporelles et institutionnelles, tout en tenant l'incertitude à distance. Déjà à ce stade, plusieurs envisageaient différentes avenues parentales, ajustant leurs attentes au fil des circonstances.

Parmi les participant.e.s, huit, ont réussi à concrétiser leur désir d'avoir un enfant biologique, tandis que trois étaient encore en réflexion au moment de l'entretien. La durée de cette période d'attente variait largement, allant de quelques mois à huit ans, révélant à quel point ce processus peut être étiré dans le temps, marqué par des paliers d'espoir et de renoncements successifs.

Une participante, toutefois, n'a pas traversé cette période d'attente de manière classique. Son entrée dans la parentalité s'est faite par intégration dans une famille déjà existante, marquant une transition rapide et imprévue :

« ...je me suis retrouvée ici avec quelqu'un qui était ultra parent, avait eu des enfants biologiques et était famille d'accueil, alors il fallait que je me convertisse pour rentrer dans une famille d'accueil. » (P6)

Le terme « convertir » illustre bien l'intensité et la rapidité de ce changement identitaire : il ne s'agit pas simplement d'une intégration ou d'un ajustement progressif, mais d'une réorganisation soudaine et profonde de son identité parentale pour s'aligner avec les attentes et la dynamique d'une famille déjà constituée. Pour celles et ceux qui ont vécu une grossesse, les expériences étaient contrastées. Certains ont traversé des grossesses sans complications, comme en témoigne une participante :

« Pas remarquable comme grossesse avec rien. Je pense qu'elle a eu un peu de spotting vers 6 mois, mais ce n'était rien de compliqué. » (P9)

D'autres ont fait face à des difficultés physiques et émotionnelles importantes, telles que des avortements spontanés, des échecs d'implantation d'embryons, ou des complications de santé comme le diabète gestationnel et l'hyperémèse gravidique. Ces expériences rendent tangible la fragilité de l'attente, où le corps devient à la fois espace de désir et de déception.

Le caractère institutionnalisé du parcours a aussi été souligné par plusieurs participant.e.s, comparant leur expérience à celle des parents biologiques, pour qui le parcours vers la parentalité semble plus fluide :

« Pour nos enfants, j'ai dû passer un processus de sélection rigoureux pour devenir parent d'accueil, une étape que les parents biologiques n'ont pas à vivre. » (P7)

La période antepartum fut également marquée par le deuil récurrent : de l'enfant espéré, du projet initial, ou d'une parentalité biologique devenue inaccessible. Pour plusieurs, la transition se construit dans cette oscillation entre espoir et résignation, un va-et-vient affectif souvent difficile à contenir :

« Mon partenaire et moi, on a arrêté avec notre idée d'avoir un enfant biologique. Un enfant, par autrui. » (P7)

« Et je n'avais pas d'attente du tout et puis lui aussi comme je lui ai dit. Ce n'est probablement pas quelque chose que je peux avoir, des enfants. » (P2)

« Oui, tout à fait. Je pense que c'était... tout un bouleversement des émotions. » (P8)

À travers cette période d'attente, ce qui émerge est une parentalité anticipée mais profondément marquée par l'imprévu, les compromis et les pertes à traverser. Elle devient un espace liminal, à la fois porteur d'un projet profondément désiré et traversé par les normes, les corps, les institutions et les émotions.

Postpartum/Arrivé de l'enfant

Ce troisième stade, s'étendant de l'*accouchement jusqu'aux deux premières années de vie de l'enfant*, se décline en plusieurs temps significatifs : le moment de l'accouchement/arrivé de l'enfant, les premières semaines postnatales/ou après l'arrivée de l'enfant, et la période prolongée d'adaptation jusqu'à l'âge de deux ans (ou que la personne soit parent pendant deux ans). Ces moments, bien que souvent idéalisés dans le discours social, ont été décrits par les participant.e.s comme profondément nuancés, corporels, imprévisibles, et marqués par une reconfiguration identitaire continue.

L'accouchement : entre attentes, pertes de contrôle et émergence du lien.

Les expériences d'accouchement rapportées variaient entre accouchements non compliqués et accouchements marqués par des interventions médicales ou des complications. Ces moments confrontent les parents à leurs limites corporelles ou à la perte de contrôle, les obligeant parfois à réévaluer leurs attentes pour assurer la santé de leur enfant.

« Non... je voulais accoucher à la maison... Deux journées complètes. Puis, après 24 heures, on a décidé d'aller à l'hôpital parce qu'il fallait avoir des antibiotiques. » (P4)

Certains ont perçu des accouchements précipités — bien que potentiellement risqués - comme valorisants, soutenus par le regard positif des professionnels de la santé :

« J'avais quand même de bonnes grossesses et de bons accouchements... Comme il est venu vraiment vite. Ça, c'était mon plus jeune. Littéralement, 5 minutes, boom. » (P3)

Une autre participante a relaté une série d'interventions médicales invasives lors de son premier accouchement, contrastant avec un deuxième moins complexe malgré un cordon autour du cou. Ailleurs, une complication grave a durablement affecté la mobilité postnatale :

« Le deuxième était encore pire... j'ai subi une dislocation de la symphyse pubienne. Je ne pouvais pas marcher et ceci a continué pendant les premières semaines à la maison. » (P2)

Pour les participant.e.s dont l'enfant est né par mère porteuse, d'autres tensions ont émergé, notamment liées aux limites de l'autorité parentale pendant l'accouchement :

« La mère de mes enfants voulait un accouchement naturel, mais le moniteur cardiaque baissait. L'OBGYN a suggéré une césarienne. J'ai dit que la santé du bébé était prioritaire. Finalement, une césarienne d'urgence a été nécessaire. » (P1)

Malgré ces parcours divergents, l'émergence du lien d'attachement immédiat après la naissance a été partagée par plusieurs :

« Ça change les choses. C'est... pour la première fois dans ma vie, je n'y croyais pas. Je la regardais partout ! Je comptais les petits doigts. » (P7)

Les premières semaines : lune de miel, fatigue et brouillard. La période des six premières semaines post-partum, a été perçue comme un moment de grâce, a rapidement révélé ses contradictions. Si certains ont parlé d'un émerveillement initial, celui-ci cohabitait avec l'épuisement et le besoin d'ajustement :

« C'est une période contradictoire. Les premières semaines, on est dans les nuages avec la joie d'avoir le bébé, mais aussi la fatigue et l'adaptation. Il faut gérer plusieurs choses en même temps. » (P8)

« Il y a eu une lune de miel au début. Ma plus grande est née, et son comportement était parfait, comme je l'imaginai. Mais après 3-4 jours post-partum, c'était fini. » (P11)

Pour certaines, cette période se fondait dans une continuité, rendant les frontières de la transition floues surtout pour les femmes cisgenres asexuelles et pansexuelles qui adoptaient déjà un rôle qui se conformait aux 'rôles' désignés aux femmes par la société

« Alors la transition est plus blurry parce que j'ai toujours pris soins des enfants. » (P4)

Mais dans tous les cas, la fatigue est ressortie comme un élément central, perturbant l'équilibre souhaité :

« Le premier mois, on voulait faire ça tout seul, mon partenaire et moi, mais on a payé pour le premier mois. Le premier mois on était tellement fatigué. » (P7)

Parallèlement, une autre série de décisions devait déjà être envisagée : comment nourrir l'enfant une fois né. Pour certains, cette réflexion s'est imposée dès l'adolescence ou dans la planification d'une torsoplastie en tant que jeune adulte, afin de ne pas compromettre une éventuelle capacité à allaiter. Même pour les parents qui n'ont pas porté l'enfant, le corps pouvait devenir un vecteur d'attachement :

« J'ai pris la petite et elle a été capable de sucer, ce qu'elle ne savait pas faire avec son autre mère... j'étais comme une suce. » (P9)

D'autres ont accepté les choix faits par leur partenaire, dans une logique de compromis affectif :

« Il faut choisir ses batailles et éviter les tensions. Je me suis résigné, mais idéalement, j'aurais préféré qu'elle allaite tout en utilisant aussi le biberon. » (P1)

Pour d'autres encore, la décision s'imposait par nécessité physiologique ou contextuelle : les participant.e.s ayant subi une torsoplastie ou les couples composés de deux hommes cisgenres ont dû recourir au lait maternisé sans autre possibilité.

De six semaines à deux ans : ajustements, conciliation et évolution identitaire. La période qui suit les premières semaines jusqu'aux deux ans de l'enfant est souvent décrite comme un temps de stabilisation apparente, mais qui nécessite un travail

d'adaptation constant. Les parents ont parlé de nouveaux ajustements, notamment lors du passage d'un enfant à plusieurs :

« Pour le premier, ce n'était pas trop difficile avec un seul bébé à la maison. Avec le deuxième, nous travaillions et, après mon congé de maternité, nous avons des horaires opposés. » (P3)

Certains participant.e.s n'ayant pas eu d'autres enfants n'ont pas pu comparer les transitions, mais soulignaient tout de même la complexité croissante des tâches parentales au fil du temps.

Durant cette période, les participant.e.s ont également été confrontés à la conciliation de rôles (parental, professionnel, identitaire, linguistique, culturel), souvent rendue plus difficile par des circonstances externes (conditions de travail, isolement, accès aux services) et internes (épuisement, transformation du couple, questionnement identitaire). Pour certains, cette période a été marquée par une évolution personnelle profonde, touchant à leur identité linguistique, culturelle ou sexuelle, révélant à quel point la parentalité peut devenir un catalyseur de repositionnements identitaires.

Facteurs externes et internes

L'expérience vécue de la transition à la parentalité ne peut être comprise sans prendre en compte l'enchevêtrement des facteurs externes et internes qui modèlent les parcours des parents 2ELGBTQIA+, francophones vivant en situation linguistique minoritaire. Pour les participant.e.s, ces facteurs ne constituent pas seulement des contextes -ils deviennent des forces structurantes qui influencent, amplifient ou entravent les possibilités de devenir et d'être parent. Ils façonnent également les formes de soutien mobilisées, les stratégies déployées et les émotions vécues tout au long du processus.

Facteurs externes : instabilités contextuelles et vulnérabilités imposées.

Plusieurs participant.e.s ont décrit des événements extérieurs ayant eu un impact direct sur leur transition à la parentalité. Parmi ceux-ci, la pandémie de COVID-19 a agi comme

un catalyseur de solitude, exacerbant l'isolement au moment même où le soutien social est crucial :

« Celle-là it would have helped a lot. If I could have gone. C'était COVID. » (P2)

Dans ce contexte, disposer d'un soutien, comme des groupes de parents ou des visites de ses propres parents, aurait pu alléger sa solitude. L'utilisation de l'anglais par la participante peut refléter plusieurs dimensions : elle traduit peut-être un accès plus naturel ou immédiat à certains mots et expressions pour décrire ses besoins affectifs, ou encore l'influence d'un contexte linguistique minoritaires où certaines ressources, soutien ou concepts parentaux étaient davantage accessibles en anglais. Par ailleurs, cette participante était en couple avec une personne anglophone, ayant beaucoup moins de possibilités de parler en français à la maison.

Les enjeux financiers ont également été omniprésents. Tous les participant.e.s ont mentionné que leur projet parental nécessitait une planification rigoureuse, souvent plus contraignante que pour les couples hétérosexuels cisgenres, en raison des coûts élevés associés aux démarches médicales, légales et logistiques :

« ...ça coûte très cher pour avoir une famille en tant que couple queer. Tu fais face à des défis que les couples cisgenres ne peuvent à peine imaginer habituellement. »(P5)

« ça nous a coûté à peu près 10 000\$ à la fin. Ça nous aurait coûté juste 4-5000\$ mais, tout le voyage, les hôtels, qu'il fallait payer. Elle a pris des journées de congé... Moi je suis allé voir une avocate, mais ... c'était une entente à l'amiable. » (P1)

Ces charges financières s'ajoutaient souvent à d'autres responsabilités familiales et sociales, rendant la parentalité particulièrement exigeante. Pour de nombreuses familles, ne compter que sur un seul revenu peut accentuer les difficultés quotidiennes, surtout lorsque des proches nécessitent des soins ou un soutien supplémentaire. Une participante illustre bien cette dynamique :

« Oui, mais pas à cause de je pense qu'on se donne des rôles, à cause, c'est plus à cause de nos circonstances. Mon mari, parce qu'il prend soin de sa mère, il est pris à la maison. C'était juste une question de circonstances. » (P1)

Dans ce cas, le participant explique que la répartition des tâches et des rôles n'est pas uniquement une question de choix, mais bien une réponse aux circonstances concrètes, notamment la prise en charge d'un proche et la gestion des contraintes financières liées à un seul revenu familial. Ce témoignage illustre comment la parentalité s'inscrit dans un réseau complexe de responsabilités économiques et relationnelles, qui peuvent exacerber la charge émotionnelle et matérielle des parents.

Certains vivaient dans des conditions économiques précaires, ce qui forçait des compromis difficiles entre les besoins de base et la poursuite du projet parental. Parfois, les participant.e.s envisageaient même d'avoir recours à des services d'aide à l'enfance pour du répit, révélant le peu de marge dont ils disposaient dans un système peu adapté à leurs réalités.

Les déménagements, les transitions professionnelles, et parfois l'instabilité résidentielle ont aussi altéré les repères des participant.e.s, affaiblissant leur réseau de soutien ou les plaçant dans une forme de survie quotidienne :

« Je venais de me transplanter ici, après avoir été absente pendant des années et des années. Je ne connaissais à peu près plus personne. Alors tout d'un coup, je ne connais personne ici, je suis dans cette maison, je viens de commencer un emploi que je ne connais pas très bien alors je suis en mode sérieux apprentissage. Je n'ai pas de réseau ici et il y a ça, alors en quelque part, c'était presque plus facile de le faire dans ces circonstances-là parce que tout était différent. »(P6)

« Unstable, everything was unstable. » (P2)

Enfin, des éléments tels que le tempérament de l'enfant ou des besoins particuliers venaient ajouter un niveau de complexité à une transition déjà marquée par de nombreuses contraintes :

« C'est le moment où tout est déboussolé et si tu as un enfant qui a des besoins spéciaux ou qui ne dort pas, c'est encore plus difficile.

« La réalisation qu'une personne peut se perdre lors de la transition et ne plus être qui ils ou elles sont. Leur authenticité. » (P4)

« Soudainement, j'ai eu un enfant coliqueux, très exigeant. Mon attention entière était sur elle, laissant mon partenaire en arrière-plan, jouant un rôle de soutien. » (P2)

Facteurs internes : vulnérabilités psychiques, parcours identitaires et ressources personnelles. Les facteurs internes évoqués par les participant.e.s reflètent des dynamiques plus intimes, souvent silencieuses, mais non moins déterminantes dans leur parcours parental. Pour plusieurs, la transition a été marquée par la cohabitation avec une maladie chronique ou des troubles de santé mentale, dont certains étaient présents avant la grossesse ou sont apparus dans les semaines qui ont suivi :

« J'ai des difficultés et des défis en matière de santé mentale. » (P2)

« J'ai eu de nombreux problèmes de santé mentale avant la grossesse, y compris une dépression postpartum et des dépressions majeures nécessitant des médicaments. »(P11)

« Je pratiquais toujours des hobbies, mais la motivation me manque. Je pense que mes difficultés de santé mentale influencent aussi mes capacités. » (P4)

Ces défis internes étaient souvent amplifiés par le manque de soutien ou la fatigue persistante, comme le rapporte ce participant :

« J'étais en congé de maladie depuis longtemps. Pendant cette semaine de douleur, j'étais trop faible pour aider ma femme. Sa sœur nous a soutenus car je ne pouvais pas le faire seul. » (P9)

Lors de la naissance d'un deuxième enfant, ces vécus se sont parfois accompagnés d'une vigilance accrue face aux signes de rechute, permettant une prise en charge plus rapide.

L'âge au moment de la transition semble aussi avoir façonné la capacité à naviguer les incertitudes et à gérer les responsabilités :

« À 30 ans, mes expériences de vie et mes amis plus âgés m'ont beaucoup appris. Dans la vingtaine, ton cerveau se développe encore. Dix ans de vie et quitter la maison parentale font une grande différence. » (P3)

Enfin, certains participant.e.s ont rapporté une évolution identitaire (sexuelle, de genre ou en tant que parent) survenue ou intensifiée dans le contexte de la parentalité, souvent en décalage avec la perception de leur entourage :

« Je ne pense pas, car ce n'est pas quelque chose que tu réalises immédiatement. Bien que je savais être différente, je n'ai vraiment exploré cela [le fait d'être asexuelle] qu'après. » (P4)

« Je pense que ce n'est qu'après la transition à la parentalité que mon partenaire a pris conscience de ma diversité sexuelle et de genre, mais je ne suis pas sûr qu'il comprenne à 100 %. »

Ces transformations internes, bien qu'enrichissantes, ont parfois été source de tensions relationnelles, voire de conflits de valeurs au sein du couple ou de la famille élargie.

Les facteurs externes et internes décrits ci-dessus n'agissent pas isolément. Ils s'entrelacent, se cumulent, se renforcent mutuellement. Ensemble, ils influencent non seulement les trajectoires parentales, mais aussi la manière dont les participant.e.s ont tenté d'équilibrer leurs multiples rôles - un enjeu vécu avec intensité et complexité, que nous explorons plus en profondeur dans la section suivante consacrée à la conciliation des rôles.

Conciliation des rôles

Pour tous les participant.e.s qui ont des enfants (9 sur 12), les six premières semaines suivant l'arrivée de leur enfant ont été décrites comme une période marquée par un profond réajustement. Ce moment charnière a exigé un apprentissage rapide de la conciliation entre plusieurs rôles. Le rôle de parent, priorisé de façon quasi instinctive, a souvent supplanté celui d'amant au sein du couple, entraînant une redéfinition de la relation de partenaire. En parallèle, plusieurs ont dû jongler avec les exigences de leur vie professionnelle, leurs engagements sociaux ou communautaires, ainsi que les attentes parfois lourdes de la famille élargie. Cette dynamique complexe a mis en lumière les

tensions, mais aussi les stratégies déployées pour maintenir un équilibre précaire entre les différentes sphères de leur vie.

Rôle de parent

Pour la majorité des participant.e.s, la transition vers la parentalité a impliqué une forme d'immersion dans leur nouveau rôle, dès la grossesse ou les étapes préalables à l'arrivée de l'enfant. Cette immersion s'est vécue comme une période intense de projection, de préparation et de partage :

« Nous préparions la chambre, le *baby shower*, faisons du shopping, lisons et regardions des émissions. Nous imaginions des scénarios et parlions avec d'autres. C'était une période où nous faisons beaucoup de choses en parallèle. » (P8).

Cette façon d'investir le rôle parental semblait transcender l'identité de genre ou le rôle biologique, et s'inscrivait dans un engagement relationnel anticipé.

Toutefois, ce processus d'appropriation du rôle de parent ne s'est pas révélé linéaire ni universel. Pour P6, devenue parent dans un contexte de famille d'accueil, l'expérience s'est plutôt caractérisée par une transition abrupte (être parent de cinq enfants), sans possibilité de préparation psychologique ou matérielle. Le contraste est frappant :

« J'ai vécu seule pendant des années. Puis, je suis passée d'un appartement en solo à une maison avec au moins 7 personnes. » (P6).

Cette transformation soudaine a soulevé des tensions liées à la légitimité perçue et à l'espace relationnel disponible dans une famille déjà constituée :

« Tu ne peux pas t'attendre à ce que les enfants t'accueillent, puisqu'ils ne te connaissent pas. Quelqu'un d'autre est là qu'ils connaissent, alors je ne veux pas m'imposer. » (P6).

Une fois intégrée dans la dynamique familiale, l'expérience s'est adoucie avec les enfants arrivés après son entrée dans la famille :

« C'était différent avec les enfants présents avant mon arrivée. Ceux venus après nous ont connus comme couple et co-parents. Les premiers avaient déjà une histoire familiale. » (P6).

Ces extraits démontrent comment la transition peut être abrupte. Cependant, toutes les familles se sont organisées.

Chaque ménage a trouvé ses propres modalités d'organisation, selon les ressources disponibles, la structure familiale et les besoins du moment. Plusieurs participant.e.s ont évoqué des arrangements adaptatifs, parfois limités par le manque de soutien ou par la fatigue :

« Il a eu 2-3 jours de congé paternel à la naissance, puis j'ai pris le congé, pensant que c'était automatique [ne pas avoir penser que l'autre voulait le prendre, puisqu'elle était maman] » (P11)

Pour d'autres, l'expérience de la nuit entrecoupée, l'alternance de quarts ou les horaires opposés ont influencé la dynamique familiale :

« À la maison, elle se réveillait toutes les 2-3 heures. Après deux semaines, nous avons alterné les gardes pour mieux nous reposer. Cela a aidé à établir une routine, mais c'était difficile au quotidien. » (P8).

« Je m'occupe de la nuit, souvent sans dormir, me réveillant à 23h, 1h et 4h. Mon partenaire la prend le jour, et je prends la relève à 17h pour qu'il puisse travailler. Des horaires opposés. » (P7).

Certains participant.e.s ont endossé une charge parentale principale sur le long terme, en choisissant de rester à la maison :

« Depuis la naissance de mon aîné, je suis restée à la maison. Cela fait 18 ans que je ne travaille pas. [...] Je fais la majorité des tâches, mais je ne suis pas une bonne ménagère » (P4).

Ces décisions se sont prises en fonction des valeurs, des capacités, mais aussi du contexte économique ou institutionnel.

Chez plusieurs participant.e.s, la parentalité se partageait entre plus de deux adultes, ce qui a complexifié la coordination des soins et la prise de décision. P6 rapporte :

« Quand un enfant arrive dans notre famille, il a au moins trois personnes qui jouent le rôle de mère. »

Tandis que P1 souligne des tensions dans les attentes partagées :

« La mère de mes enfants veut être demi-parent, laissant l'autre moitié de la responsabilité à moi. Elle n'est pas prête à partager les décisions de manière égale entre notre trio parental. »

Les arrangements logistiques ont parfois nécessité des déplacements fréquents et des ajustements difficiles :

« Ma deuxième, on avait comme une relation, mais c'était plus à domicile chez maman la première année beaucoup. » (P1)

Ces configurations, bien que empreintes de soin et d'engagement, ont parfois été source de divergences dans les approches parentales :

« Des choses gâtées, des frills [avoir de belles robes, belles coiffures et les jouets pour les filles] et des petites photos tout le temps, et moi j'étais comme... Ça causait un peu de tension parce que parfois, mon mari était du côté de la mère de nos enfants. » (P1).

Les politiques sociales ont joué un rôle facilitateur dans cette conciliation des rôles.

L'accès aux congés parentaux ou d'adoption, aux services de garde ou au soutien de la famille élargie a été central pour plusieurs :

« Ma mère, une championne, m'a beaucoup aidé. [...] On se rencontrait chaque semaine chez différentes personnes. » (P2).

« Oui, un congé d'adoption, une fois que ce soit officiel. » (P7).

Ces appuis ont constitué des leviers importants pour maintenir un certain équilibre, particulièrement dans les moments de grande vulnérabilité.

Dans les cas où ce soutien était absent ou plus restreint, les participant.e.s ont exprimé des difficultés accrues à maintenir une pluralité de rôles. Le rôle de parent a alors pu dominer de façon presque exclusive, parfois au détriment du rôle d'amant ou du soin de soi :

« J'ai abandonné le côté sexuel et amoureux pour me consacrer entièrement au rôle de parent, car cela fonctionnait. Une fois les habitudes prises, il était difficile de les changer. » (P11).

« Quand tu deviens parent, tu perds un peu de toi-même. [...] Tu évolues, mais tu ne changes pas vraiment en tant que personne. » (P4).

Quelques instants plus tard, P4 nuance pourtant son propos :

« En même temps, je ne suis plus la même. Il y a des choses que je ne tolère plus, des choses que je ressens autrement. » (P4).

Cette réplique révèle, dans une dynamique herméneutique, la tension entre continuité et transformation identitaire. Si P4 affirme d'abord une forme de permanence du soi, son retour réflexif laisse entrevoir que la parentalité agit plutôt comme un catalyseur de changement. L'interprétation de ce mouvement discursif suggère une oscillation entre la volonté de préserver un sentiment de cohérence personnelle et la reconnaissance d'une redéfinition profonde de soi à travers l'expérience parentale.

Certains ont aussi exprimé le besoin de demeurer en santé et engagés dans leur propre vie, pour mieux accompagner leurs enfants :

« Je dois rester en forme. Vieillir m'inquiète. On ne sait jamais. » (P1).

« Je ne voulais pas vivre pour moi-même, mais soudain, quelqu'un avait besoin de moi. Cela m'a sorti de ma torpeur. » (P2).

Enfin, la parentalité a été décrite comme une expérience transformationnelle et identitaire. Pour plusieurs, devenir parent a apporté un sentiment d'accomplissement profond :

« C'était inné. [...] Je crois que si je n'avais pas été parent, je n'aurais pas été complète. » (P11).

L'enfant apparaît ici comme une réponse à un manque identitaire perçu, un moyen de consolider une image de soi en transformation plutôt que de la redéfinir. D'autres continuent à questionner leur place et leur légitimité dans ce rôle :

« Même maintenant, je me questionne : suis-je un parent ? [...] Cela me rassure quand mes enfants ont besoin de moi » (P4).

« Je me sentais comme un imposteur. [...] C'était surréaliste. » (P9).

Ce processus de devenir parent s'est avéré intimement lié à la capacité de faire confiance à l'autre, à céder de l'espace, à construire un lien affectif à plusieurs :

« J'ai réalisé que je devais prendre du recul pour le laisser participer, car je suis rapide et lui plus lent. » (P11).

Pour P8, cela s'est aussi manifesté par une volonté d'égalité :

« Nous agissons différemment mais avec le même amour, et nous nous considérons comme des égaux dans notre rôle parental. » (P8).

Certains ont enfin souligné que la parentalité n'était pas synonyme de possession, mais d'un accompagnement aimant dans un parcours temporairement partagé :

« Nous les aimons à main ouverte, sachant qu'ils partent un jour, et cela fait toujours un peu mal. » (P6).

Tous les participant.e.s ont ainsi montré une capacité d'adaptation et de réflexivité dans la conciliation de leurs rôles – une conciliation qui, comme le montrent plusieurs récits, a souvent nécessité de mettre de côté, au moins temporairement, le rôle d'amant, exploré plus en détail dans la prochaine section.

Rôle de partenaire

Pour plusieurs participant.e.s, le rôle de partenaire a été priorisé avant celui d'amant dans les semaines et mois suivant l'arrivée de l'enfant. Dans un contexte de fatigue, de réorganisation du quotidien et de transformation identitaire, les attentes affectives et les besoins relationnels ont souvent été revisités. Pour P11, la proximité souhaitée passait d'abord par la connexion émotionnelle, ce qui a mené à des incompréhensions avec son partenaire :

« Il y avait une distance entre nous. J'essayais de nous rapprocher. Pour lui, l'intimité signifiait "faire l'amour", mais ma priorité était les enfants, ce qui rendait les choses difficiles. » (P11).

En cherchant à ouvrir un dialogue sur ses besoins affectifs non comblés, elle exprimait un désir profond de rétablir une connexion émotionnelle au sein du couple. Pourtant, son partenaire a reçu cet appel à la proximité comme une invitation à l'intimité sexuelle,

traduisant une dissonance dans la compréhension du lien. Cette réponse a accentué pour elle le sentiment d'être incomprise, révélant la distance émotionnelle grandissante qui s'était installée malgré la proximité physique. D'autres ont dû naviguer les insécurités conjugales liées à la présence d'un autre parent dans l'équation familiale. Pour P1, il a été nécessaire de poser un geste symbolique fort pour affirmer la relation de couple, au-delà des perceptions extérieures :

« J'ai épousé mon partenaire pour le rassurer sur notre couple, car dès que nous avons appris la nouvelle de la grossesse, il pensait que moi et la mère de mes enfants étions ensemble. » (P1).

Cette déclaration met en lumière la tension entre pluralité parentale et sécurité conjugale.

Certains couples ont su maintenir un espace à deux malgré les défis logistiques de la parentalité, notamment lorsque les conditions le permettaient. Le congé parental, par exemple, a offert à P3 un répit bienvenu pour retrouver son couple :

« Trouver du temps ensemble était difficile, mais après quatre ans et un congé parental, nous avons priorisé notre couple en passant du temps ensemble une fois les enfants couchés. » (P3).

Ces moments partagés ont permis de préserver, voire de réinvestir, le rôle de partenaire.

Les modalités de partage des tâches domestiques et parentales se sont révélées révélatrices de la dynamique conjugale et des structures de pouvoir implicites. Dans les couples hétérosexuels, peu importe l'orientation sexuelle ou romantique des femmes impliquées, une division genrée des tâches semblait persister. À l'inverse, d'autres couples ont tenté une répartition plus équitable, fondée sur les forces, la disponibilité ou les préférences individuelles :

« En emménageant ensemble, nous avons trouvé nos rôles. Je m'occupais de la cuisine et des détails, tandis que mon partenaire gérait l'interpersonnel. Nos compétences et personnalités différentes nous complètent bien en tant que co-parents. » (P6).

« Nous partageons les tâches également. Quand ma femme est retournée au travail, ma mère a emménagé avec nous pour m'aider, car je n'étais pas assez forte physiquement pour m'occuper seule du bébé. » (P9).

D'autres récits soulignent une organisation davantage pragmatique, adaptée aux circonstances du moment :

« Nous partageons les tâches ménagères, moi m'occupant des activités et de la cuisine, lui du nettoyage et des rénovations. La division des tâches dépendait de la disponibilité, non du sexe, ce qui a beaucoup aidé. » (P3).

Dans certains cas, les tâches secondaires ont été externalisées pour permettre un recentrage sur les rôles de parent et de partenaire :

« Nous avons engagé une aide-ménagère pour le deuxième mois afin de nous concentrer sur notre bébé et mon travail, car nous n'avions pas de soutien familial. C'était juste mon partenaire et moi. » (P7).

Face à l'imprévisibilité du quotidien parental, tous ne ressentaient pas le besoin d'une structure rigide. P6 évoque une approche plus intuitive et souple :

« Tout finit par s'organiser, même sans plans ni structure. On gère les urgences, acceptant qu'on ne réussisse jamais tout parfaitement et qu'on sera toujours en retard. »

Malgré cette diversité de pratiques, une volonté d'équité dans la relation de partenariat ressortait pour la majorité des participant.e.s ayant des enfants.

La communication a été décrite comme un pilier fondamental de la relation, tant pour prendre soin du lien conjugal que pour soutenir la coparentalité :

« Les décisions familiales se prennent en conversation. Bien que la décision finale revienne aux parents, il est essentiel que l'enfant ait une voix. » (P9).

Chez d'autres encore, le lien de partenariat s'est redéfini en termes d'équipe, de camaraderie et d'affection, plutôt que sur des bases romantiques ou sexuelles. Pour P4, la redéfinition du couple à la lumière de son identité asexuelle a mené à une relation davantage centrée sur le partenariat :

« Maintenant, on parle de différentes choses, surtout au sujet de ce que nous pouvons faire pour nos enfants, ou bien de ce que nous avons besoin de faire. On est une équipe de parents/meilleurs amis. » (P4).

Cela dit, malgré l'importance accordée à la communication, celle-ci ne garantissait pas toujours la durabilité du couple. Deux participantes ont rapporté des ruptures liées à un manque d'écoute réciproque et à une divergence croissante dans les attentes :

« Au début, tout allait bien, mais après avoir eu des enfants, les désaccords ont augmenté et il se retirait souvent des discussions. » (P11).

La séparation, bien que douloureuse, a permis dans certains cas de préserver une collaboration parentale respectueuse :

« Après un an de cohabitation, nous avons réalisé que notre relation ne fonctionnait pas en tant qu'amants, mais nous pouvions être amis et de bons co-parents pour notre enfant. » (P2).

Le soutien externe a parfois joué un rôle déterminant dans la préservation du couple, notamment lorsqu'un des partenaires vivait avec une condition chronique ou des limitations post-accouchement :

« Ma maladie chronique et les limitations physiques de ma partenaire après l'accouchement ont rendu l'intimité sexuelle une faible priorité. » (P9).

L'ajustement relationnel nécessaire dans de tels contextes a renforcé l'importance d'une relation de partenariat fondée sur la compréhension mutuelle et la souplesse.

En somme, les récits mettent en lumière la manière dont le rôle de partenaire a été vécu comme un socle essentiel à l'équilibre de la transition parentale. Bien qu'il ait parfois été fragilisé par les exigences du quotidien, la présence d'une intention partagée – qu'elle prenne la forme d'une équipe, d'un soutien mutuel ou d'un engagement affectif – a permis à plusieurs de maintenir ce rôle vivant. Toutefois, pour d'autres, la relation de partenaire s'est dissoute ou transformée en une coparentalité amicale, redéfinissant ainsi les contours du lien conjugal.

Rôle d'amant

Le retour à l'intimité sexuelle après la naissance variait grandement selon les participant.e.s. Si quelques-uns évoquaient un retour précoce aux relations sexuelles

(sans pénétration vaginale) dès les premiers jours suivant la naissance, suivi d'un nouveau recul, la majorité (8/9) décrivait plutôt un retour graduel étalé sur la première année post-partum. Pour plusieurs, la priorité était d'abord axée sur le rôle parental, reléguant l'intimité au second plan :

« L'intimité a repris après environ six mois, car nous étions plus dans le rôle de parents que de partenaires. » (P4)

Un corps transformé, des rythmes à réapprivoiser. Sur le plan physiologique, plusieurs participant.e.s ayant accouché ont mentionné avoir attendu environ six semaines avant de reprendre les rapports avec pénétration vaginale. Ce délai correspondait souvent à un besoin de guérison physique, en particulier lorsque l'accouchement avait été vécu comme un traumatisme :

« Je n'étais pas prête. Même me se tenir sur le côté, j'avais une épisiotomie du troisième degré avec l'incontinence fécale et urinaire. [Rire.] Puis ma plus grande est née avec une ventouse aussi. C'était traumatique. » (P11)

Certains ont également nommé l'orgasme comme un besoin physiologique distinct, soulignant que l'intimité sexuelle pouvait aussi se vivre dans une relation à soi, notamment lorsque les rapports avec pénétration ne répondaient pas à leurs besoins, ce qui était particulièrement évoqué par les personnes en relation hétérosexuelle s'identifiant comme asexuelle.

Désir, reconnaissance et charge émotionnelle. Sur le plan émotionnel, tous les participant.e.s ont exprimé que leur désir sexuel était étroitement lié au sentiment d'être désirée par leur partenaire. Ce désir redevenait plus accessible lorsque leurs besoins de base étaient rencontrés, et lorsqu'un certain équilibre entre les rôles de parent et de partenaire commençait à se stabiliser.

Le soutien externe jouait un rôle facilitateur en libérant du temps pour le couple. Toutefois, ce temps ne garantissait pas automatiquement un retour à l'intimité, surtout lorsque les enfants demeuraient au centre des préoccupations :

« En tant que parents d'accueil, nous avons des moments de répit où quelqu'un d'autre s'occupait de notre enfant. Nous devons nous discipliner pour ne pas parler des enfants ou faire le ménage pendant ces moments. » (P6)

Comme en témoigne cette citation, même lorsqu'un espace-temps était disponible, il fallait un effort conscient pour décentrer les enfants et revaloriser le lien conjugal et sexuel. Pourtant, tous les participant.e.s ont exprimé avoir priorisé leur rôle de parent, reléguant celui d'amant à un second plan.

Lorsque les besoins fondamentaux n'étaient pas comblés (sommeil, alimentation, soutien émotionnel), plusieurs rapportaient une incapacité à se projeter dans un rôle sexuel ou amoureux. Pour certains, notamment les personnes s'identifiant comme asexuelles, le désir était davantage associé à une recherche de connexion affective qu'à une pulsion sexuelle :

« J'étais entièrement consacré à notre enfant, négligeant même nos propres besoins. Bien que ce ne soit pas idéal, nous étions débordés et concentrés sur elle, mais je pense que nous progressons dans la conciliation. » (P8)

À travers les récits, la communication ouverte émerge comme une composante essentielle dans la reconfiguration du rôle d'amant à travers la transition à la parentalité. Elle permet d'accueillir les différences de désir, de renégocier les attentes et d'entretenir la connexion affective, même dans les moments où l'intimité sexuelle est moins présente.

Rôle au sein de la famille élargie

Pour plusieurs participant.e.s (5/9 ayant des enfants au moment des entretiens), les responsabilités liées à leur famille élargie ont influencé la conciliation de leurs rôles de manière plus marquée que l'arrivée même de leur enfant. Se retrouver dans une position de génération sandwich, prenant soin à la fois de jeunes enfants et de parents vieillissants, a engendré une surcharge importante. Cette double responsabilité est parfois perçue comme une tâche supplémentaire à gérer dans un quotidien déjà chargé :

« Bon les parents, on gère, on fait ce que nous avons de besoin. »
(P6)

Dans certains cas, la décision de rester à la maison s'est imposée non seulement pour s'occuper des enfants, mais également pour prendre en charge un parent âgé, ce qui reflète un arbitrage économique et genré dans l'organisation familiale :

« Mon mari s'occupe des bébés et de sa mère âgée, tandis que je travaille car je gagne mieux. Il reste à la maison pour les soins à domicile. » (P1)

D'autres participant.e.s n'ont pas pu compter sur leur famille, parfois en raison de maladies chroniques graves ou de décès survenus peu avant ou après la naissance :

« Mes parents ne pouvaient pas aider, car ma mère était immunocompromis et mon père en soins longue durée. Ils sont décédés deux mois avant la naissance de mon plus jeune. » (P2)

Lorsque les responsabilités envers la famille élargie s'ajoutaient à une précarité socioéconomique, à l'instabilité résidentielle ou à une maladie chronique, le fardeau devenait parfois difficilement soutenable. Dans ces cas, les participant.e.s décrivaient un sentiment de débordement, oscillant entre la survie et le désespoir :

« C'était tellement accablant de penser au-delà de la survie. Parfois, il est plus facile de se concentrer sur la survie. Je n'ai pas le temps pour la santé mentale, mais je dois m'y concentrer. C'est intimidant. » (P2)

Dans ce contexte, cette participante a même envisagé de faire appel aux services de protection de l'enfance afin de confier temporairement ses enfants, faute de soutien adéquat dans son réseau.

Le poids des responsabilités envers la famille élargie influençait aussi les décisions reproductives. Une participante, enfant unique, se projetait déjà dans le rôle d'aidante principale auprès de ses parents vieillissants, ce qui a orienté sa planification familiale :

« Nous avons décidé d'avoir deux enfants proches en âge pour qu'ils grandissent ensemble. Étant la seule responsable de mes parents, cela aiderait beaucoup s'ils étaient deux. »

Pour certains, la famille d'origine devenait une ressource essentielle dans la transition à la parentalité, notamment dans des situations de santé complexes :

« Je craignais de porter le bébé à cause des traitements. Quand ma femme allait au travail, ma mère venait passer la journée avec moi. »
(P2)

La proximité de la famille élargie, lorsqu'elle était perçue comme soutenante et inclusive, représentait un levier facilitant la conciliation des rôles. Toutefois, ce soutien était parfois modulé par le désir d'intimité familiale, certains parents choisissant de se recentrer volontairement sur leur noyau immédiat au moment du retour à la maison :

« Quand le bébé est arrivé, on était entouré de notre famille à l'hôpital, mais une fois chez nous, elle était avec nous exclusivement, tous seuls. » (P8)

La qualité de la relation avec la famille immédiate influençait également la capacité à recevoir du soutien, particulièrement pour les personnes qui se sentaient acceptées dans leur identité familiale et conjugale.

Enfin, comme l'a souligné une participante, la transition vers la parentalité implique des ajustements constants et soulève des tensions entre les différents rôles assumés au quotidien :

« Avec la transition vers la parentalité, la grande question que tous les parents doivent se poser est : à quel point mon rôle de parent empiète-t-il sur mon rôle de partenaire ? »

Cette question résonnait chez l'ensemble des participant.e.s à un moment ou un autre du processus, témoignant de la complexité des identités en jeu dans cette phase de vie.

Rôle professionnel

Le manque d'accès à des ressources telles que les centres d'apprentissage ou les réseaux de soutien familial a considérablement influencé la capacité des participant.e.s à concilier leurs rôles de parent, de partenaire et de travailleur. Dans ce contexte, plusieurs

ont fait preuve d'une grande créativité organisationnelle afin de répondre aux exigences du quotidien.

Certains ont opté pour des horaires de travail décalés, dans la mesure où leur milieu professionnel le permettait :

« Mon partenaire travaille à temps partiel, tandis que j'ai un rôle plus présent à mon emploi, ce qui me rend souvent absente de la maison. Trouver une garderie est compliqué. » (P7)

D'autres ont choisi de réorganiser l'espace domestique afin de concilier télétravail et parentalité, surtout lorsqu'un déménagement avait réduit leur accès au soutien social :

« Depuis notre déménagement, nous sommes isolés. Mon partenaire est très pris par son nouveau poste, alors j'ai aménagé un espace sécurisé à la maison pour notre enfant, avec un bureau provisoire à côté qui me permet de travailler. » (P8)

Pour les participant.e.s en contexte d'études, la gestion des échéances académiques représentait un défi supplémentaire. Plusieurs ont dû s'avancer dans leurs travaux afin de pouvoir prendre un congé à la naissance de leur enfant. Cette conciliation n'était pas sans tension affective, certaines personnes mentionnant un sentiment de culpabilité de ne pas être à la maison auprès de leurs enfants.

Dans d'autres cas, des choix professionnels ont été faits afin de réduire la pression liée à la conciliation : interrompre temporairement l'emploi, passer à temps partiel ou créer une solution professionnelle compatible avec la vie familiale, comme une garderie à domicile :

« La mère de mes enfants travaille, donc elle n'est pas là pendant la journée. C'est un choc pour les parents, mais je me dis que j'aurai plus de temps avec elles quand je prendrai ma retraite dans quelques années. » (P1)

« Après des quarts opposés, je suis retournée brièvement au travail dans un nouveau rôle, puis ouvert une garderie à domicile, ce qui m'a permis de cuisiner davantage. » (P3)

Pour certains, toutefois, rester à la maison n'était pas un choix, mais une nécessité liée à un état de santé chronique. Ne pouvant soutenir à la fois un rôle professionnel et

parental, ils ont dû faire un deuil de leur trajectoire antérieure et redéfinir leur identité autour du rôle de parent à temps plein :

« Devenir maman à temps plein à cause de ma maladie a changé ma vie. J'étais une femme de carrière, mais je n'ai aucun regret et j'adore être à la maison avec mon enfant. » (P9)

Être parent à la maison, même lorsque choisi ou accepté, n'était pas exempt de défis identitaires et relationnels. Plusieurs ont exprimé le besoin de retrouver un espace personnel hors de la maison et de la parentalité :

« Il faut trouver des choses à l'extérieur de la famille. Des endroits où tu peux redevenir toi-même. »(P4)

« Je prenais des demi-journées pour faire du sport, faire des choses différentes, prendre l'air... Les trois premiers mois, ça m'a beaucoup aidé parce qu'on est complètement seul. Il fallait revenir à moi-même. » (P8)

Enfin, pour certains participant.e.s, la transition vers la parentalité s'est trouvée compliquée par d'autres transitions majeures telles qu'un déménagement ou le début d'un nouvel emploi, qui ont accentué l'isolement ou perturbé les repères :

« Ne connaissant personne et en apprentissage dans un nouvel emploi, l'absence de réseau a rendu l'adaptation plus facile car tout était différent. » (P6)

Navigation de l'espace

Pour les participant.e.s de cette étude, la transition à la parentalité s'est déroulée dans un contexte complexe où l'accès aux services, la sécurité identitaire et la reconnaissance linguistique étaient profondément imbriqués. Ils ont dû constamment jongler entre leurs besoins affectifs et identitaires, les contraintes linguistiques, les normes institutionnelles et les inégalités structurelles, développant des stratégies d'adaptation pour survivre et s'affirmer. L'expérience de « naviguer l'espace » - qu'il soit médical, social ou communautaire - révèle comment ces personnes 2ELGBTQIA+ francophones en contexte minoritaire construisent, choisissent ou subissent des parcours parentaux tout en gérant l'invisibilité, les discriminations et le manque de ressources adaptées. Cette section

explore les défis d'accès et d'opportunités, les tensions identitaires et linguistiques, ainsi que les tactiques mobilisées pour créer des environnements sécuritaires et inclusifs pour elles-mêmes et leurs familles.

Accès et opportunités

L'ensemble des participant.e.s a souligné les défis liés à l'accès à des services sécuritaires, linguistiquement adaptés et sensibles à leur identité de genre et/ou orientation sexuelle, particulièrement dans le contexte de la transition à la parentalité. Ce manque d'accès ne générerait pas seulement de l'anxiété, mais devenait un obstacle structurel profond, influençant le parcours parental dès la planification :

« Non, je n'ai pas un accès égal aux gens cisgenres pour construire une famille. Donner naissance à l'hôpital me terrifie, car je ne sais pas si le personnel sera ouvert et respectueux envers les personnes 2ELGBTQ*. » (P5)

« J'essaie de trouver des pédiatres ou des cliniques 100 % en français, mais ça ne semble pas exister au Manitoba. » (P8)

Plusieurs faisaient état d'un double compromis : choisir entre la langue ou la sécurité identitaire, ou devoir renoncer à l'un ou l'autre. Lorsqu'un service francophone n'était pas inclusif, ou inversement, les participant.e.s étaient forcés d'accepter des soins incomplets, voire inadéquats :

« Je n'ai pas de prestataire ouvert aux 2SLGBTQ. Mon médecin de famille n'est pas trans friendly, ce qui rend la planification familiale difficile. Comment commencer cette conversation avec ma partenaire ? As-tu des pistes ? Ce n'est même pas une option. » (P5)

« Pour moi c'est en anglais, mais si je trouve quelque chose en français ça fonctionne aussi, mais honnêtement je ne pense pas que j'ai trouvé en français. » (P12)

« On ne peut pas toujours avoir des services en français et 2SLGBTQ friendly. On ne peut pas combattre sur tous les fronts en tout temps. Certains contextes sont plus sérieux que d'autres. » (P6)

Chez les participant.e.s trans, le manque de services reproductifs adaptés dans les cliniques trans ressortait comme un enjeu majeur. Contrairement à d'autres parents,

ces personnes devaient anticiper certaines décisions très tôt, comme le mode d'alimentation de leur futur enfant :

« Beaucoup réalisent les conséquences de la réassignation de sexe après coup. Mais je savais que je voulais des enfants et j'ai posé des questions dès la phase de planification. » (P5)

L'accès à des prestataires sécuritaires en français était souvent perçu comme un coup de chance rare, une forme de "loterie", rarement gagnée :

« J'étais chanceuse d'avoir une sage-femme malgré la liste d'attente. J'ai pu continuer avec le même groupe pour mon deuxième enfant, mais elles n'étaient pas francophones. » (P4)

« Trouver des pourvoyeurs de soins francophones est extrêmement difficile. Tout était en anglais, y compris l'infirmière de santé publique, le médecin et le pédiatre. Cela aide mon mari qui ne parle pas français » (P3)

Les participant.e.s dénonçaient également le manque de transparence sur les capacités linguistiques et inclusives des services affichés comme francophones ou 2ELGBTQIA+-friendly :

« Je ne connais pas le pourcentage de services de santé en français, mais j'aimerais plus de présence. Le site web indiquait un pharmacien francophone près de l'hôpital, mais personne ne parlait français à mon arrivée. » (P8)

«. Ils prétendent servir toute la communauté sans être ouverts à nous, et souvent, ils agissent sans nous consulter. C'est trompeur et frustrant. » (P6)

Pour contextualiser cet extrait, la participante faisait référence à des services qui prétendent offrir des prestations en français alors qu'en réalité, seule une personne dans l'organisation parle français. De même, certaines structures annoncent leur ouverture à toute personne francophone, mais excluent implicitement ou explicitement la communauté 2ELGBTQIA+, renforçant le sentiment de tromperie et de frustration exprimé par la participante

Les barrières linguistiques, identitaires et géographiques s'entremêlaient avec des enjeux financiers et des inégalités d'accès entre provinces et territoires. Les couples

2ELGBTQIA+, souvent confrontés à l'infertilité sociale, n'avaient pas droit aux mêmes ressources publiques :

« Il faut choisir entre avoir un enfant ou économiser pour un acompte hypothécaire, à moins de gagner la loterie. » (P5)

L'infertilité sociale dans cette étude a été utilisée par les participant.e.s pour désigner les obstacles structurels, institutionnels et sociaux qui empêchent certaines personnes ou certains couples d'avoir des enfants, même lorsqu'ils n'ont pas de problème biologique de fertilité.

Certains reconnaissent que leur niveau d'éducation, être une personne cisgenre, ou leur rôle professionnel dans le système de santé leur accordait un avantage comparatif:

« Honnêtement, ma partenaire me dit toujours : si ce n'était pas pour toi et tes connexions, je ne sais pas ce qu'on ferait. » (P12)

« Je ne risque pas d'être mal genré pendant l'accouchement car je suis cisgenre. Les médecins n'abordent pas ce sujet, ce qui me dérange moins. Pour d'autres, comme un de mes enfants, ce serait plus difficile. » (P4)

Phénoménologiquement, le constat de la participante met en lumière la tension entre son expérience directe de l'accouchement, relativement sécurisée du fait de son identité cisgenre, et la conscience aiguë de la vulnérabilité de son enfant dans un monde potentiellement non inclusif. Elle anticipe les microagressions et le manque de reconnaissance auxquels son enfant pourrait être exposé, révélant une prise de responsabilité parentale anticipée et une attention existentielle à l'altérité de l'enfant. Ce vécu traduit également une lucidité sur les inégalités structurelles : son privilège relatif face aux normes cisnormatives contraste avec la fragilité du monde pour les enfants non conformes, soulignant que la parentalité ne se limite pas aux expériences corporelles ou émotionnelles de la naissance, mais s'étend à la navigation constante des réalités sociales et institutionnelles pour protéger et affirmer l'identité de l'enfant.

Naviguer les systèmes institutionnels demandait du temps, de l'énergie et un certain capital social. Pour plusieurs, cela signifiait mener les démarches en parallèle, souvent dans le silence et sans modèle ou réseau apparent :

« Nous avons seulement obtenu des informations en ligne. Nous n'avons jamais parlé à quelqu'un spécialisé dans ce domaine. Toutes les décisions ont été prises entre moi et ma partenaire. Il n'y a pas eu de conversations avec d'autres personnes. » (P9)

Face à ces obstacles, plusieurs ont eu recours à des approches alternatives, hors des circuits médicaux traditionnels, telles que l'insémination artisanale (« squirt and wait ») ou les relations sexuelles non planifiées hors du couple principal :

« On a fait un squirt and wait. Juste une seringue. » (P9)

Ces approches alternatives ont été efficaces pour tous les participant.e.s de l'étude qui les ont expérimentées.

Enfin, l'invisibilité stratégique a émergé comme compétence acquise par les participant.e.s ayant grandi en contexte linguistique minoritaire. Cette capacité à « passer inaperçu » devenait une forme de protection, mais aussi une perte d'authenticité dans certaines sphères de la vie :

« Grandir en situation linguistique minoritaire prépare bien à être membre de la communauté LGBTQ. On peut choisir de s'identifier ou non. Ceux qui ont grandi ici parlent un anglais qui ne trahit pas leur langue maternelle. » (P6)

En effet, le fait d'apprendre comment naviguer l'espace public en tant que minorité linguistique leur a donné plusieurs outils pour naviguer cet espace.

Valeurs et croyances

Pour plusieurs participant.e.s, l'expérience de la transition à la parentalité s'est articulée en tension avec les normes culturelles et religieuses liées à la francité, souvent perçue comme indissociable de la catholicité.

« Je dirai que, la francité, être francophone minoritaire, c'est la catholicité qui est difficile. C'est toute ça. Ça c'est une avenue que tu

te fais beaucoup d'amis, t'as la paroisse, tu as tout ça. Et puis nous autres, comment? J'aime être ça dans une paroisse, mais je ne veux pas qu'elle soit chrétienne qu'elle soit religieuse. » (P1)

En effet, cette tension a été mentionnée par des participant.e.s originaires d'Amérique latine, d'Europe ou de descendance métisse, vivant au Canada, et s'inscrivant dans une expérience de francité minoritaire canadienne/manitobaine. Cette précision est importante, car les normes religieuses associées à la francité peuvent varier considérablement selon les contextes internationaux ou africains, et ne se superposent pas nécessairement à celles observées dans les communautés francophones minoritaires canadiennes. Le poids des croyances catholiques s'est exprimé dans les interactions sociales, les dynamiques familiales et les structures sociales façonnant leur quotidien de personnes francophones vivant en contexte minoritaire. Cette influence, ancrée dès l'enfance, a marqué les trajectoires identitaires :

« Certaines identités sont plus faciles à vivre que d'autres. Ma nièce a eu du mal à devenir parent à cause de membres de la famille fermés d'esprit. Nous n'avons pas discuté de nos identités avec eux. » (P4) .

Certaines personnes ont exprimé une forme d'intériorisation des normes religieuses, ayant freiné leur exploration ou affirmation identitaire :

« Depuis l'enfance, je voulais un nom plus masculin, mais on se moquait de moi. J'ai grandi dans un milieu catholique. Bien que ma mère ait accepté l'ami gai de ma sœur, ce n'était pas pareil pour moi. » (P3)

Au niveau phénoménologique, ce constat révèle que le participant a intériorisé, dès l'enfance, une expérience de rejet et de non-reconnaissance de son identité. Bien que sa mère ait accepté l'ami gai de sa sœur, le participant perçoit une inégalité dans l'acceptation, pouvant générer des sentiments de jalousie ou d'injustice, mais surtout un sentiment d'exclusion personnelle. Cette expérience dépasse l'anecdote familiale et se transcende dans sa parentalité, en façonnant son appréhension face à l'acceptation de sa propre identité par sa famille et plus largement par la société. La peur de ne pas être

pleinement accepté se reflète dans la manière dont il anticipe ses interactions parentales, sa vigilance à protéger ses enfants et à créer un environnement où ils puissent être reconnus et sécurisés, contrastant avec l'invisibilisation ou la marginalisation vécue dans sa propre enfance.

La religion, est souvent intériorisée comme cadre moral rigide dans leur pays d'enfance :

« En Amérique latine, la religion est influente. En tant que catholique pratiquant, quitter mon pays m'a ouvert l'esprit. Mon partenaire n'est pas religieux, mais nous avons décidé de devenir parents lors d'une messe au Vatican. » (P7)

Cette vision a parfois été réinterprétée de manière plus ouverte après avoir eu davantage d'interactions avec des personnes provenant de l'Europe ou du Canada.

Chez plusieurs femmes, le tabou sexuel s'est manifesté dans une confusion identitaire ou une invisibilisation de leur orientation sexuelle. Le conditionnement hétérosexuel, souvent transmis par l'éducation religieuse, a laissé peu de place à d'autres vécus :

« En raison de mon éducation, je suis conditionnée à être intéressée uniquement par les hommes. Bien que plusieurs femmes m'aient propositionnée, je n'ai jamais été intéressée par une relation sexuelle. » (P11)

Ce manque de repères et d'éducation à la diversité sexuelle a aussi nourri des diagnostics erronés ou l'invisibilisation de réalités telles que l'asexualité :

« C'était difficile parce que je ne réalisais pas que j'étais asexuelle. Je pensais avoir une libido diminuée ou être déprimée. » (P4)

Les scripts familiaux hétéronormatifs ont aussi dicté les attentes concernant les projets parentaux :

« Il y a deux ans, j'ai accepté mon identité de femme queer. Avant, je pensais devoir être hétéro pour avoir une famille. J'ai rencontré ma partenaire il y a deux ans, sans penser finir avec elle. » (P12)

L'absence de représentation a contribué à cette invisibilisation :

« Mes parents me soutiennent, mais pas ma famille étendue. Avec un partenaire masculin, ils demandaient des enfants, mais pas avec ma partenaire actuelle. Je n'avais aucune représentation de femmes queer en couple, seulement mes deux oncles gays sans enfants. » (P12)

Ceci souligne le fait que les personnes francophones en situation linguistique minoritaire constatent l'absence de visibilité de personnes 2ELGBTQIA+ dans leur communauté.

Les hommes ont exprimé une pression particulière à répondre à des attentes genrées liées au rôle de « fils modèle », exacerbée par leur statut d'enfant unique ou les valeurs rurales :

« Il devait maintenir les apparences et être le fils dévoué, ne pouvant pas être gai. La famille de mon père, venant d'une petite ville, n'était pas vraiment acceptante et faisait souvent des blagues. » (P2)

Certains ont même choisi de réprimer leur identité pour préserver l'image familiale :

« Quand mon frère est sorti du placard, j'ai décidé de vivre une vie hétéro pour ne pas imposer deux enfants gays à mes parents. » (P1)

Malgré ces tensions, quelques participant.e.s ont identifié des signes d'ouverture dans certaines figures religieuses ou communautés, ce qui a pu inspirer ou soutenir leur projet parental :

« Le Pape François a souligné que l'amour est essentiel pour les enfants et que les différents types de familles ne doivent pas être jugés. Il est reconnu pour son ouverture à la diversité. » (P7)

La culture et l'histoire francophones demeuraient toutefois importantes pour plusieurs, et certains espaces communautaires ont permis un sentiment d'ancrage identitaire tout en étant ouverts à la diversité :

« Oui, avec mon groupe historique. Attachement à la culture et à l'histoire. C'était un endroit où je pouvais être moi-même seule ou avec les enfants. » (P4)

Toutefois, plusieurs ont dû naviguer leur identité sexuelle ou de genre en anglais, faute de langage ou de reconnaissance en contexte francophone :

« Mais, parler en anglais m'a permis de poser beaucoup plus de questions qui m'ont éventuellement amené à me questionner. Ce

n'était pas sexuel au début. Mais ça passait par une autre façon de voir les choses. » (P11)

Cette transition linguistique a été perçue comme libératrice, bien que teintée de culpabilité face à la cause francophone :

« Élevé dans la communauté francophone, je me sens plus accepté dans la communauté anglophone, ce qui me rend triste. Les ressources et professionnels sont en anglais, et à l'école, il n'y avait aucune représentation francophone. » (P12)

Ce paradoxe - entre fierté culturelle francophone et ouverture retrouvée dans les milieux anglophones - souligne une tension identitaire vécue par plusieurs participant.e.s, oscillant entre désir de transmission culturelle et besoin d'un espace inclusif pour s'affirmer pleinement.

Identités fragilisées

Tous les participant.e.s se présentaient à travers une constellation d'identités intersectionnelles, souvent fragilisées dans leurs interactions avec les structures sociales, linguistiques et médicales. Pour ceux ayant immigré au Canada, particulièrement après un passage initial au Québec, la transition vers le Manitoba s'est accompagnée d'un choc culturel :

« Le déménagement nous affecte encore après trois mois. J'ai eu un choc culturel en arrivant, car c'est très différent de la ville au Québec où j'habitais. » (P7)

Vivre dans plusieurs contextes nationaux a permis à certains de développer une ouverture accrue à la diversité au sein de leur foyer, tout en accentuant la conscience des tensions entre valeurs personnelles et structures dominantes. Ces tensions se renforcent lorsque les personnes cumulent plusieurs identités marginalisées, notamment linguistiques, culturelles et 2ELGBTQIA+.

Langue, identité et sécurité. L'insécurité linguistique apparaissait comme un enjeu transversal, influençant à la fois l'accès aux soins et l'expression identitaire.

Plusieurs participant.e.s vivaient une tension constante entre leur préférence pour le français et la réalité d'un système de soins majoritairement anglophone, ce qui pouvait créer des risques pour leur sécurité, particulièrement pour les personnes trans :

« Je préfère des informations bilingues pour les décisions concernant mon corps, car je suis plus à l'aise avec ma langue maternelle. L'absence de ces informations est gênante et, en tant que personne transgenre, cela pose un risque de sécurité. » (P5)

Même lorsque le recours aux soins anglophones était jugé nécessaire pour des raisons de qualité, il s'accompagnait souvent d'une renonciation linguistique :

« Comprendre certaines choses ou lire l'information était parfois difficile, mais je suis confiant dans ma décision et je ne regrette rien. » (P5)

Cette dimension linguistique façonnait également l'exploration de l'identité 2ELGBTQIA+ :

« Avant de rencontrer ma partenaire, je pense que... je ne crois pas pouvoir répondre à cela en français, car cette partie de mon identité est en quelque sorte anglaise. » (P10)

« La manière de commencer une conversation en anglais à mon avis est moins menaçante et plus ouverte. » (P11)

Stratégies d'adaptation et isolement. Pour faire face à ces tensions, certains participant.e.s adoptaient une flexibilité linguistique, alternant entre français et anglais selon le contexte :

« Mes émotions s'expriment en français et en anglais. Je parlais en français avec ma mère et mon partenaire, mais pour les soins, c'était en anglais. » (P5)

D'autres se retrouvaient isolés de la majorité anglophone, notamment en contexte rural ou précaire :

« Je suis toujours francophone, même après l'école secondaire. Nous parlions français, mais je me sentais un peu exclu du monde anglophone au Canada. » (P3)

L'insécurité linguistique pouvait également générer des jugements intracommunautaires :

« Tous ses cousins et ses cousines viennent de petits villages francophones et elle parle mieux qu'eux autres... comme beaucoup, beaucoup mieux. » (P9)

Ces extraits attestent d'une attitude de supériorité sur les personnes qui ont une connaissance imparfaite de la langue française envers les personnes qui ont une connaissance imparfaite de la langue française. C'est aussi le cas envers les régions où ces personnes se trouvent. Ceci pourrait décourager l'usage du français courant surtout lorsque celui-ci est le « franglais ». C'est cette insécurité linguistique qui semble faire en sorte que plusieurs perdent la langue.

Discrimination et accès aux soins. Plusieurs participant.e.s ont été témoins ou victimes de discrimination fondée sur leur langue, orientation sexuelle, genre, race ou statut socioéconomique, les obligeant parfois à renoncer à certains services ou à changer de prestataire :

« Une médecin nigériane m'a écouté et compris, mais après son départ, un médecin blanc a fait un commentaire raciste. Elle était la meilleure, mais je n'ai pas pu la voir pour mon troisième enfant. » (P2)

Ce passage révèle que les participant.e.s ne se contentent pas de reconnaître les injustices et les formes de discrimination qui excèdent leur expérience individuelle, mais qu'ils et elles en anticipent également les effets dans leurs trajectoires de soins. Dans une logique d'autoprotection, cette conscience critique se traduit parfois par un choix délibéré de ne pas dénoncer les situations vécues, au profit de stratégies alternatives visant à préserver leur sécurité et leur intégrité.

L'obligation, pour certain.e.s, de se déplacer hors de la province ou du pays afin d'accéder à des soins perçus comme sécuritaires témoigne ainsi d'un déplacement de la responsabilité du système vers les individus. Cette mobilisation accrue, visant à éviter des situations vécues comme violentes ou invalidantes, met en lumière les rapports de pouvoir et les contraintes structurelles qui façonnent l'expérience vécue des participant.e.s.

Parentage, transmission culturelle et précarité linguistique. Les choix scolaires et éducatifs étaient teintés de tensions entre la préservation du français et les contraintes familiales, économiques et identitaires :

« Elle a gardé le français, mais sans patois franco-manitobains, car elle n’y est pas exposée. » (P9)

« Je parlais souvent anglais à la maison à cause de mon travail. Les enfants passaient plus de temps avec moi, donc ils parlaient aussi plus anglais. » (P11)

La peur de la perte linguistique traversait tous les discours, liée à la faible valorisation du français dans la société. Certains se retrouvaient contraints à choisir entre la sécurité linguistique ou l’affirmation de leur identité 2ELGBTQIA+, surtout dans les couples exogames ou en contexte de pauvreté. Un couple exogame est un couple formé par deux personnes appartenant à des groupes sociaux, culturels, ethniques, religieux ou linguistiques différentes.

Discrimination intergénérationnelle. Les parents anticipaient les obstacles auxquels leurs enfants pourraient faire face du fait de leur origine ethnique, orientation sexuelle ou configuration familiale :

« Elle sera doublement minoritaire en raison de son origine ethnique et de sa famille homoparentale. Nous avons cherché des stratégies pour naviguer cette situation. » (P8)

Certains parents adaptaient leur présentation dans les écoles ou cliniques afin d’éviter que leurs enfants subissent des formes de rejet :

« Les parents flexibles sont appréciés dans les systèmes médical et scolaire. Cependant, la discrimination ne devrait pas exister pour ceux qui ne peuvent pas l’être. » (P2)

Ces expériences illustrent comment les identités multiples et souvent marginalisées des participant.e.s façonnent leur trajectoire parentale, influencent leur accès aux soins et modèlent leurs stratégies de navigation dans des contextes sociaux et linguistiques complexes. Loin d’être uniquement des enjeux individuels, ces réalités

s'inscrivent dans des dynamiques structurelles plus vastes - incluant les politiques linguistiques, les normes institutionnelles, et les représentations dominantes de la parentalité - qui continuent de reproduire des iniquités. C'est donc à l'intersection de ces structures sociales que se construit, s'adapte et parfois se fragilise le parcours parental des personnes 2ELGBTQIA+ francophones en contexte minoritaire, ce que nous explorerons plus en profondeur dans la section suivante.

Structures sociales

L'ensemble des participant.e.s a exprimé un sentiment partagé de désorientation face aux structures sociales, particulièrement lors de la transition à la parentalité. L'absence de repères clairs et de sources fiables d'information génère un climat d'incertitude :

« C'est comme un cycle sans fin d'informations et je ne sais pas quoi ou qui croire. Je ne sais pas quelle est la bonne information. » (P5).

Ce doute profond s'accompagne d'un manque de confiance envers les institutions, nourri par des expériences d'exclusion ou d'invisibilisation. La peur d'un accueil inadéquat ou d'un jugement implicite est omniprésent :

« Obtenir de l'aide pour l'allaitement ou la paperasse est risqué. Je suis toujours sur le qui-vive dans les établissements gouvernementaux ou sociaux, incertaine de l'accueil. » (P5).

Cette incertitude se manifeste, pour certain.e.s participant.e.s, par un report ou un ralentissement de l'accès aux soins, résultant à la fois d'expériences de discrimination et de leur articulation avec une approche biomédicale perçue comme peu attentive à la complexité du vécu parental. L'ensemble des participant.e.s décrit un sentiment partagé de désorientation face aux structures sociales et institutionnelles, particulièrement accentué lors de la transition à la parentalité. L'absence de repères clairs et de sources d'information jugées fiables contribue à l'installation d'un climat d'incertitude persistante qui, dans une lecture phénoménologique, dépasse la simple confusion informationnelle

pour s'inscrire dans une érosion de la confiance envers les institutions, façonnée par des expériences répétées d'exclusion ou d'invisibilisation. Cette méfiance nourrit une crainte constante d'un accueil inadéquat ou d'un jugement implicite, orientant ainsi les modalités et les temporalités de la recherche d'aide. Pour minimiser les risques d'exclusion ou d'exposition à des préjugés, plusieurs choisissent une posture de discrétion, voire d'invisibilité, notamment dans les centres pour enfants et familles :

« Je ne me suis jamais identifié ouvertement par crainte de l'inconnu et pour me protéger. » (P3).

Certains laissent volontairement les présupposés hétérosexuels s'installer :

« Et j'ai l'avantage de l'apparence d'une relation hétérosexuelle, donc c'est juste plus facile de laisser cette supposition. » (P2).

Ces stratégies d'effacement témoignent d'une tension constante et incarnée entre le désir d'authenticité et la nécessité de se protéger. Dans une perspective phénoménologique, elles traduisent un travail réflexif et émotionnel soutenu, par lequel les participant.e.s négocient en continu la visibilité de soi afin de préserver leur sécurité et leur légitimité dans des espaces perçus comme potentiellement hostiles ou normatifs. Cette prudence s'enracine aussi dans des expériences de stigmatisation anticipée ou vécue, notamment dans les milieux communautaires ou religieux :

« Nous y [groupe de parents et enfants] sommes allés deux fois, mais je n'ai jamais révélé que j'étais lesbienne à cause de l'ambiance religieuse. » (P5).

Les récits suggèrent que les structures perçues comme accueillantes sont souvent conditionnelles à une conformité implicite à la norme hétéromononormative. Certains l'ont même intériorisée au point d'en faire une stratégie de respectabilité politique :

« En misant sur le mariage comme le grand front de campagne pour l'égalité, [...] nous n'avons pas obtenu la reconnaissance des familles à trois parents. » (P6).

Les structures sociales elles-mêmes véhiculent et perpétuent ces normes, parfois de manière subtile par le décor, l'absence de représentation ou les formulaires standardisés:

« C'était décoré pour des enfants sans avoir des représentations des familles. » (P9) ;

« Le formulaire indiquait 'Maman, Papa', 'Père, Mère'. » (P9).

Même dans les contextes médicaux, les automatismes genrés persistent :

« Je n'ai pas de seins, vous voyez ce que je veux dire ? Ce n'est pas applicable. » (P5).

Ces microagressions renforcent la marginalisation structurelle et, dans certains cas, mènent à des retards ou à l'évitement complet des soins :

« Une amie transgenre a accouché seule à la maison car une sage-femme ne respectait pas son genre. » (P3).

Loin d'être anodines, ces dynamiques structurelles influencent directement les trajectoires de soins, en modulant les choix, les temporalités et les lieux où les participant.e.s estiment pouvoir se présenter en sécurité.

La rigidité des systèmes se manifeste aussi dans leur incapacité à reconnaître pleinement les rôles parentaux pluriels ou non traditionnels :

« La mère de mes enfants avait le contrôle et prenait toutes les décisions jusqu'à ce que l'enfant respire. » (P1).

Cette invisibilisation peut aller jusqu'à une négation implicite de la parentalité même dans les interactions de soins :

« L'infirmière a dit quelque chose comme : 'Oh, elle est tellement en détresse parce qu'elle est une mère célibataire.' » (P9).

Ces interactions révèlent comment les rapports de pouvoir institutionnels s'exercent au quotidien, en définissant qui est reconnu comme parent légitime et qui demeure en marge des cadres normatifs du soin.

Au-delà des soins de santé, les obstacles administratifs, juridiques et logistiques liés à la parentalité queer se multiplient : démarches d'adoption conditionnelles, refus de reconnaissance parentale dans les systèmes transfrontaliers, manque d'accès aux soins

reproductifs pour des raisons biomédicales ou liées à la langue ou au genre inscrit au dossier médical :

« Les laboratoires refusent souvent de vérifier mes niveaux de testostérone à cause de mon marqueur de genre féminin. » (P5).

« J'ai dû retourner à la clinique trans car ma carte de santé ne correspondait pas. » (P5).

L'expérience de ces entraves administratives et biomédicales est vécue différemment selon les trajectoires, les identités et les positions sociales des participant.e.s, révélant l'importance d'une lecture intersectionnelle.

L'intersection des identités minoritaires, comme la francophonie en contexte minoritaire, l'immigration, ajoute un niveau de complexité :

« J'avais oublié le français jusqu'à rencontrer mon partenaire. » (P11);

Dans ces situations, certaines personnes francophones, évoluant en contexte anglophone avant l'arrivée de leurs enfants, ont perdu l'occasion de pratiquer le français et ont vu leur langue se fragiliser, en raison de la scolarisation postsecondaire en anglais et des difficultés à s'intégrer avec les francophones nés au Canada. Certains participant.e.s évoquent même une perte générationnelle de la langue due à la prédominance de l'anglais au Manitoba.

Enfin, les expériences négatives vécues au sein des structures ne sont pas uniquement liées à l'orientation ou au genre, mais croisent également le racisme, le capacitisme ou les attentes culturelles restrictives :

« Mon obstétricien a fait preuve de racisme flagrant en prétendant ne pas comprendre une personne PANDC. » (P2).

Ce croisement de discriminations mène parfois à une perception des structures comme hostiles, voire menaçantes : « C'était terrifiant. » ; « C'était une chose à éviter à tout prix. » (P2)

Malgré cela, certains ont pu rencontrer des prestataires ouverts, qui ont su créer un espace de confiance et de sécurité :

« Elle adorait ça, très ouverte, très accueillante, écoutait mes préoccupations. Je me sentais entendue. » (P10).

Ces moments de reconnaissance contribuent à contrebalancer les effets de l'exclusion structurelle et rappellent le pouvoir transformateur de relations de soins empathiques et inclusives.

Astuces pour prestataires

Tous les participant.e.s ont formulé des recommandations explicites à l'intention des prestataires de services sociaux et de santé, insistant sur la nécessité d'un changement structurel et relationnel dans les pratiques. Pour eux, la responsabilité de créer un espace sécuritaire revient d'abord aux prestataires eux-mêmes. Cela commence par une auto-éducation active et une posture d'humilité :

« Ils devraient s'éduquer eux-mêmes et poser des questions s'ils ne comprennent pas, plutôt que de me demander de tout leur expliquer. » (P5)

Ce travail réflexif implique aussi une attention fine au langage, aux présupposés et aux dynamiques relationnelles. Le vocabulaire, loin d'être un simple détail, agit comme baromètre de l'inclusion :

« Un changement de vocabulaire est nécessaire pour éviter l'inconfort. J'évite les services où les prestataires ou l'administration ne me conviennent pas. » (P5) ;

« Le mot en anglais, *not to be othered*. C'est toujours aux autres. *Freaks and Geeks*. Continuer avec du langage inclusif. Être réceptif aux expériences vécues. » (P3)

Ces constats mettent en lumière le rôle du langage comme pratique de pouvoir, inscrite dans les interactions quotidiennes et les cadres institutionnels des soins et des services sociaux.

Adopter un langage inclusif et respectueux est aussi un levier pour favoriser l'accès aux soins préventifs, surtout dans un contexte où les personnes 2ELGBTQIA+ subissent déjà des stigmatisations systémiques :

« En tant que membre LGBT, nous sommes minoritaires et nous subissons déjà la stigmatisation de la part de ceux qui sont censés nous aider à rester en bonne santé. Nous n'avons pas besoin de cela lorsque nous essayons d'obtenir des services de santé. Nous en subissons déjà assez ailleurs. » (P10)

Créer un espace sécuritaire signifie aussi dépasser les suppositions hétéro- et cisnormatives, en reconnaissant les familles choisies, la multiplicité des identités et les savoirs expérientiels des personnes :

« Ne présumez pas. Ne présumez pas. Dépassez ces suppositions hétéronormatives. Donnez-leur les mêmes soins, mais reconnaissez-les. [...] Laissez-les diriger les soins, nous connaissons nos corps pour la plupart. » (P2)

À la lumière de ces récits, l'importance d'une approche informée par les traumatismes s'impose, tant les interactions de soins sont traversées par des mémoires corporelles et relationnelles de stigmatisation.

Plusieurs ont insisté sur l'importance d'une approche informée par les traumatismes, qui permet une ouverture réelle à la complexité des parcours. Lorsqu'un lien de confiance s'établit, cela transforme l'expérience de soin :

« Je n'étais pas à l'aise de mentionner mon identité sexuelle ou de genre lors des deux premiers accouchements, surtout après les expériences que j'ai eues. Mais je me suis sentie tellement à l'aise avec le troisième. Mes soins de santé là-bas. Je me sentais valorisée. » (P2)

Cette confiance ne se décrète pas ; elle se construit à travers des gestes concrets et durables. Les participant.e.s francophones en situation minoritaire ont souligné le décalage entre l'affichage symbolique (comme les logos en français ou les drapeaux arc-en-ciel) et la réalité des services :

« Je n'aime pas les organismes qui affichent un nom en français sans offrir de services en français. C'est du "window-dressing" et ne m'accueille pas vraiment. » (P6)

Ce manque de cohérence peut entraîner des retards ou une rupture des liens avec les services :

« Ne présumez pas que l'enfant a un problème parce que les parents sont 2SLGBTQ*. "La raison pour laquelle il agit ainsi, c'est parce que vous êtes transgenres". [...] Cela peut aussi faire ou défaire la relation avec les prestataires de soins. » (P3)

Ces constats soulignent que la création d'espaces sécuritaires et la construction de la confiance passent aussi par une accessibilité linguistique authentique, où les services en français ne se limitent pas à des symboles, mais se traduisent par des pratiques réellement bilingues et adaptées aux besoins des usagers.

Dans un contexte déjà marqué par l'iniquité linguistique, l'accès à des services réellement bilingues et culturellement compétents devient crucial :

« Je souhaite plus de services de santé en français. [...] ce qui montre la nécessité d'un interprète ou de services réellement bilingues. » (P8) ;

« Notre identité sexuelle ne devrait pas influencer la façon dont nous ou nos enfants sommes traités. » (P12)

Créer un espace, c'est aussi reconnaître l'effet de petits gestes porteurs de sens, qui signalent une posture d'ouverture sans exiger la divulgation :

« Tout simplement porter une épinglette avec des pronoms peut faire une différence, parce que cela montre une ouverture. » (P12)

Certains ont noté qu'avoir des prestataires issus des communautés 2ELGBTQIA+ peut améliorer la qualité des soins, à condition de ne pas alourdir leur charge invisible d'éducation auprès de leurs collègues :

« Les infirmières sont souvent confuses par les hommes transgenres enceints et me demandent des explications, car je fais partie de la communauté. » (P12)

Plusieurs témoignages soulignent que les personnes transgenres restent largement mal comprises ou mal accompagnées, particulièrement dans le contexte de la grossesse et de l'accouchement. Les participant.e.s insistent sur l'importance cruciale de l'usage du langage approprié, qui dépasse la simple terminologie pour devenir un marqueur de reconnaissance et de légitimité :

« Accepter et utiliser le langage approprié, surtout pour les personnes transgenres pendant la grossesse et l'accouchement. » (P3)

Pour répondre véritablement aux besoins, les participant.e.s mettent en avant la centralité de leurs voix et expertises vécues, appelant à une consultation proactive et respectueuse avant toute décision clinique ou administrative :

« Reconnaître que nous sommes les experts de nous-mêmes et nous consulter avant toute décision. » (P6)

Cette attention ne requiert pas la perfection, mais un effort sincère et constant, perçu comme un indicateur tangible de respect et de sécurité dans la relation de soin :

« Tu peux voir la différence entre quelqu'un qui ne fait pas l'effort et quelqu'un qui fait l'effort. » (P5)

Dans une lecture phénoménologique interprétative, ces témoignages révèlent que la reconnaissance des identités transgenres et le respect du langage ne sont pas de simples ajustements techniques, mais constituent un élément central de la sécurité relationnelle et de l'inclusion dans les soins, contribuant à réduire la marginalisation et à valoriser l'expertise vécue des participant.e.s.

Créer un espace, c'est donc dépasser la simple célébration de la diversité lors d'événements ponctuels et reconnaître la nécessité d'une solidarité active, y compris dans les luttes :

« Fêter avec nous et être solidaire sur les questions importantes. [...] reconnaître que le leadership nous appartient. » (P6)

Ce glissement, de l'ajustement linguistique ou gestuel vers la co-construction d'environnements inclusifs, marque la transition vers un véritable travail d'espace. Il ne s'agit pas uniquement d'offrir un service, mais bien de créer un lieu – matériel, relationnel, symbolique – où les personnes 2ELGBTQIA+ peuvent exister, s'affirmer et prendre soin d'eux-mêmes et de leurs familles dans la sécurité, la reconnaissance et la dignité.

Création d'un espace

Espace sans jugement

Créer un espace sans jugement émergeait, pour plusieurs participant.e.s, comme un geste fondamental et intentionnel dans leur parentalité. Cet espace était conçu comme un lieu d'accueil de la multiplicité, tant sur le plan des identités que des trajectoires de vie possibles pour leurs enfants. Dans un contexte où les normes de genre et d'orientation sont encore rigides, les participant.e.s exprimaient une volonté de désamorcer dès l'enfance les effets de l'hétéro- et de la cisnormativité. Pour plusieurs, cela passait par une parentalité consciente, inclusive et ouverte, souvent inspirée par leurs propres expériences minoritaires.

Ainsi, l'ouverture au spectre des expressions de genre et des orientations sexuelles était explicitement valorisée :

« Il y a différents facteurs. Je suis plus ouverte, acceptante, adepte du 'gentle parenting', à l'écoute de l'enfant, avec une communication ouverte et à toutes possibilités. » (P3)

Cette posture était parfois renforcée par le fait de faire partie d'une minorité linguistique, ce qui rendait plus naturel de questionner les normes dominantes :

« Avec mes enfants, j'aborde des sujets comme l'asexualité et l'identité de genre. Je leur pose des questions sur leurs intérêts amoureux et leurs préoccupations. » (P11)

Ces pratiques d'ouverture préparent le terrain pour la construction d'espaces inclusifs, incarnant la reconnaissance concrète des identités et parcours diversifiés.

La construction concrète d'un espace sans jugement s'incarnait dans des choix du quotidien : éviter de genrer les jouets ou les vêtements, promouvoir une représentation diversifiée dans les livres, les jeux, et les interactions sociales. Ces gestes simples mais puissants visaient à délier l'enfance des attentes genrées :

« Quand je grandissais, nos jouets étaient mélangés, et mes parents n'ont jamais dit quels jouets appartenaient à un sexe spécifique, et j'ai fait la même chose. Même au niveau des habits, c'était vraiment leur choix. Il n'y avait pas de choses pour les filles et les garçons. »
(P3)

Pour d'autres, cet engagement passait par une redistribution symbolique et pratique des rôles à la maison (espace privé/espace domestique), pour contrer les modèles hétéronormatifs et favoriser une vision plus équitable et fluide de la parentalité. L'espace sans jugement devenait alors un espace d'apprentissage, de confiance, mais aussi d'incertitude assumée :

« On n'est jamais perdu tant qu'on est quelque part. Faites confiance, le chemin est là. Peut-être qu'on va s'amuser, peut-être que non, mais nous arriverons quelque part et comprendrons où nous sommes, et soit on reste là où on va ailleurs. » (P6)

Créer un tel espace, c'était aussi transmettre à leurs enfants un vocabulaire et une posture qui leur permettraient de se définir eux-mêmes sans crainte ni honte. En refusant l'imposition d'identités rigides, les participant.e.s offraient à leurs enfants la liberté d'exister dans l'inconnu, tout en leur assurant un ancrage bienveillant.

Face aux barrières structurelles – notamment le manque d'accès à des centres d'apprentissage francophones inclusifs – certains ont même transformé leur foyer pour y accueillir d'autres enfants, créant ainsi des micro-espaces de soins, de langage, et d'inclusion.

« La facilité avec laquelle je peux rester à la maison avec mes enfants et avoir une garderie francophone pour la communauté. » (P3)

Cette initiative répondait à un double objectif : garantir un environnement sans jugement à leurs propres enfants, tout en répondant à un besoin criant de services sécuritaires et culturellement adaptés dans leur communauté :

« Quand je faisais la garderie, je recevais des messages chaque jour. J'avais une garderie licenciée avec une liste d'attente de 200 personnes à Winnipeg. Les gens ont toujours de la difficulté, surtout quand tu t'affiches comme francophone. » (P3)

Ainsi, l'espace sans jugement ne relevait pas seulement d'un idéal éducatif, mais d'un engagement concret et incarné dans la vie quotidienne des familles. Il s'agissait de faire de la maison un lieu de résistance douce, un lieu où l'enfant peut grandir librement, affranchi des contraintes normatives, dans un environnement à la fois ouvert, sécuritaire et affirmant.

Famille choisie

Pour retrouver un espace sans jugement et s'ancrer dans une forme de sécurité affective et identitaire, tous les participant.e.s ont évoqué la création d'une famille choisie. Cette constellation relationnelle, en dehors des scripts normatifs de la famille biologique ou légale, s'avérait d'autant plus essentielle pour celles et ceux qui ne se sentaient pas en sécurité au sein de leur famille d'origine, ou qui vivaient éloignés de leurs proches biologiques.

Plus qu'un prolongement de l'espace privé, la famille choisie devient un entre-deux : un refuge affectif et politique à la frontière du privé et du public, où les participant.e.s pouvaient être pleinement eux-mêmes, sans devoir se censurer ni se justifier.

« Oui, c'est ma famille choisie, mes amies avec qui je peux être moi-même. Après être devenu parent, j'ai trouvé des groupes parentaux ouverts au-delà de l'hétéronormativité. Certaines personnes savent maintenant que je suis gender-fluid. » (P3)

Cette famille choisie était aussi conçue comme un espace de modélisation pour leurs enfants, une manière tangible de montrer que la diversité des identités et des trajectoires

est non seulement possible, mais souhaitable. Il s'agissait d'offrir aux jeunes une pluralité de présences, de visages, de récits de vie qui décentrent la norme et célèbrent la multiplicité :

« Dans notre groupe, tout le monde reste, même les ex. Mais y a-t-il quelque chose de plus mortel que d'être entouré de gens identiques à soi? Notre super-pouvoir, c'est d'accepter la diversité sans essayer de rentrer dans une boîte. » (P6)

Le recours à une famille choisie répondait donc à un double besoin : assurer son propre bien-être émotionnel et identitaire en tant que parent, tout en offrant à l'enfant des repères alternatifs, inclusifs et affectivement soutenant.

« J'ai un couple gai ami de longue date. Leur fille est née cet été. Ils vivent dans une autre province maintenant. Nous allions souvent au Folk Fest ensemble. Ma fille a rencontré leur fille et a vu qu'elle avait deux papas. » (P6)

Cependant, le chemin vers cette famille choisie n'allait pas de soi. Il n'était ni garanti, ni linéaire, souvent façonné par les circonstances, le hasard ou les réseaux sociaux informels :

« C'était vraiment au niveau des relations. Parce que je ne juge pas. Je vis ma vie comme je l'entends. Fais ce que tu veux ! Et mes amis m'acceptent pour qui je suis. J'ai été chanceuse d'avoir des amis qui m'acceptent. » (P3)

Cette quête de relations authentiques exigeait aussi de la vulnérabilité, de l'ouverture et parfois une navigation stratégique dans des espaces qui restent, pour plusieurs, empreints d'exclusion ou d'inconfort. La difficulté s'accroissait lorsqu'il s'agissait de former une famille choisie en contexte francophone minoritaire, un enjeu évoqué avec lucidité :

« Ça, c'est parfois difficile. Il faut vraiment pouvoir les trouver. J'ai eu la chance de rencontrer ces personnes à l'université et ensuite dans les groupes de parents. » (P4)

Ainsi, la famille choisie ne se limite pas à un cercle d'amis. Elle devient un acte intentionnel de soin, de résistance et de transmission, qui permet aux participant.e.s de (re)construire un tissu relationnel porteur d'affirmation, de sécurité et de légitimité. Elle

incarne une manière de prendre place autrement, avec courage et créativité, dans un monde encore trop souvent structuré par l'exclusion.

Prendre sa place

Pour plusieurs participant.e.s, prendre sa place constituait un acte d'affirmation, une forme d'engagement personnel et collectif, à la fois dans l'espace public et intime. Il s'agissait moins de chercher à convaincre que de revendiquer une visibilité assumée, parfois stratégique, au sein d'un monde qui ne leur a pas toujours été favorable. Pour certains, cette posture visait d'abord à ouvrir des portes pour leurs enfants et pour d'autres familles aux parcours similaires :

« Nos enfants vivaient des défis, et je négociais souvent à l'école. Je voulais que les portes ouvertes pour mon enfant le soient aussi pour les autres, reconnaissant mes privilèges de langue, d'éducation, de race et de moyens. » (P6)

Cette démarche de visibilité était souvent décrite comme un militantisme quotidien - pour la francophonie, pour la diversité sexuelle et de genre, ou pour les deux - enraciné dans un profond respect envers les luttes antérieures :

« En tant que francophone, j'ai toujours milité pour la visibilité. Il est important que les gens sachent que je suis francophone. Quand je suis sorti, j'ai participé à la parade PRIDE pour la même raison. La visibilité donne du pouvoir. » (P1)

« Je suis sorti du placard il y a 20 ans grâce au travail des pionniers. » (P1)

Paradoxalement, le fait de vivre en contexte minoritaire était vécu par certains comme libérateur, leur permettant de s'affranchir des normes dominantes :

« Avoir grandi en contexte minoritaire est libérant. Ne correspondant pas au modèle prescrit, j'ai pu explorer diverses options. » (P6)

Prendre sa place passait également par l'action concrète dans les structures sociales : siéger sur des comités, faire modifier des formulaires administratifs, ou contester les présupposés hétéronormatifs :

« Le formulaire indiquait 'Maman, Papa'. J'ai contacté la personne responsable pour demander si c'était un oubli. Elle a dit : 'Oh mon dieu, je suis désolée, nous ne l'avons jamais mis à jour'. » (P7)

« Tous les formulaires. À ce point, je m'en fiche complètement. Si je ne vois pas une case non-binaire ou transgenre, je la dessine moi-même et la rends. Ce n'est pas mon problème. Je prendrai ma place et changerai le courant dominant. » (P5)

Chez plusieurs, cette prise de position était aussi motivée par un souci de justice pour les autres, en particulier les plus marginalisés dans la communauté 2ELGBTQIA+ :

« Il faut établir des critères pour offrir un meilleur service équitable [...] et prendre en considération l'intersectionnalité. » (P7)

La posture d'allié ne suffisait pas : il fallait être prêt à bousculer l'ordre établi, à forcer la conversation, parfois même par des gestes simples et symboliques :

« Porter une épinglette avec des pronoms montre une ouverture et peut faire une différence. » (P12)

« Parfois, c'est pour bousculer le monde. Je fais des desserts pour déstabiliser les hétéros. J'arrive avec des pâtisseries, cheveux courts et manteau en cuir. Le message : vérifiez vos préjugés. » (P6)

Prendre sa place, c'était aussi reconnaître les dynamiques de pouvoir, et décider quand se montrer ou non, en fonction des enjeux de sécurité, de lisibilité et de rapport de force :

« On ne peut pas toujours avoir des services en français et 2SLGBTQ friendly. On ne peut pas tout combattre en même temps. » (P6)

« Si nous pouvons passer inaperçus, nous avons la responsabilité de ne pas le faire parfois. Nous choisissons stratégiquement quand le faire. » (P6)

Certains choisissaient la présence tranquille plutôt que le coming-out explicite :

« Je ne me comporte pas comme les hétéros, mais je présume que tout le monde sait que je suis lesbienne. » (P6)

« Nous allons nous montrer, aller aux concerts avec les deux papas. Les gens apprendront de nous, pas de nos enfants. » (P1)

Cette authenticité assumée dans toutes les sphères de vie était vécue comme un acte pédagogique et un legs symbolique pour leurs enfants et pour la société :

« J'ai participé à l'étude pour sécuriser mes enfants. Ils grandiront en trouvant normal que Papa, Papi et Maman ne vivent pas ensemble. » (P1)

« C'est une opportunité d'enseignement. [...] C'était un moment de dire "Va te faire voir" sans le dire, mais par mes actions. » (P9)

Toutefois, plusieurs reconnaissaient que ces espaces de revendication restaient sélectifs :

« Nous avons commis une erreur stratégique. Nous avons demandé des droits pour une partie de la communauté, pas pour tous. » (P6)

« Les personnes trans, polyamoureuses, bisexuelles ou ayant des identités intersectionnelles se sentent souvent moins bienvenues, même dans les espaces queer. » (P6)

En somme, prendre sa place relevait d'une négociation constante entre visibilité, sécurité, représentation et impact. C'était un geste profondément politique, souvent ancré dans le soin, et presque toujours au service d'un changement plus grand :

« Elle pave la voie, sans excuses, pour offrir des options francophones et combler le manque de représentation. » (P2)

« Chaque fois, je lève le drapeau et continue, restant responsable d'élargir la cause. » (P6)

Services et soutien spécialisés

Certains services spécialisés ont été utilisés par les participant.e.s durant leur transition à la parentalité, mais ceux-ci étaient souvent offerts de manière ad hoc, créés par des prestataires bienveillants à titre individuel, plutôt qu'ancrés dans les structures régulières. Cette discontinuité contribuait à maintenir ces services à la marge des parcours habituels de soins et de soutien. Pour la majorité des participant.e.s, le besoin de ressources créées par et pour les francophones 2ELGBTQIA+ vivant en situation linguistique minoritaire était central afin de permettre une parentalité vécue de manière authentique et sans compromis. Ce besoin inclut non seulement des ressources

formelles, mais également une représentation accrue dans les médias francophones hors Québec et dans les outils éducatifs disponibles pendant la transition à la parentalité :

« Je pense que la première chose qu'il faut faire, ce qui commence à se faire à cause de la vulgarisation, c'est de parler au sujet de LGBTQ, des différentes issues. Prendre la place, déjà voir que ça existe et en parler. » (P11)

Au-delà de la présence de services, les participant.e.s ont souligné l'importance que ces ressources prennent en compte les rapports de pouvoir et les dynamiques intersectionnelles entre prestataires et parents. Trop souvent, les services manitobains demeuraient inaccessibles ou inexistantes, obligeant certains à chercher ailleurs ou à composer avec des lacunes :

« Oui, à ma connaissance ça n'existe pas au Manitoba. C'était bien parce que c'était en français, même si c'est notre deuxième langue. » (P8)

Les participant.e.s ont aussi mentionné que les préjugés implicites des prestataires pouvaient compromettre la qualité des soins, qu'il s'agisse de sexisme dans le système médical ou de présomptions hétéronormatives sur la parentalité. Ces biais risquaient de retarder les diagnostics ou d'entraver l'accès aux services pour les enfants:

« Ne présumez pas que l'enfant a des problèmes parce que ses parents sont 2ELGBTQ+. Acceptez la famille telle qu'elle est. Un diagnostic précoce de l'autisme améliore le pronostic. Les pourvoyeurs de soins doivent être inclusifs et compréhensifs. » (P3)

Même des structures à l'apparence exclusive pouvaient surprendre positivement si elles étaient effectivement inclusives, ce qui révèle le décalage fréquent entre l'intitulé des services et leur pratique réelle :

« La clinique de santé des femmes est excellente, accueillant aussi la communauté queer. Mon expérience y a été fantastique. Maintenant, j'y vais pour tous mes besoins. » (P5)

Lorsque les soins reçus étaient sécuritaires et inclusifs, l'impact sur l'expérience parentale était considérable, renforçant le sentiment de compétence et la confiance des parents :

« Je me sentais tellement à l'aise avec mon troisième. Mes soins de santé là-bas m'ont donné confiance. Je pouvais discuter sans me sentir en danger. J'ai eu de la chance que mon médecin généraliste connaisse cette personne. » (P2)

Pour que de tels environnements deviennent la norme, les participant.e.s ont souligné le besoin d'éducation sexuelle complète, accessible dès le plus jeune âge, et adaptée à la diversité des expériences :

« Même avant que les personnes viennent à toi, les personnes ont besoin d'avoir une éducation sexuelle complète. » (P11)

En parallèle, le manque de ressources en français, notamment pour les familles qui font l'école à domicile, a été souligné à plusieurs reprises. De plus, les ressources existantes abordaient rarement la sexualité en dehors du prisme hétéromononormatifs, en particulier en contexte francophone minoritaire :

« Les ressources pour l'école à domicile sont souvent en anglais. Il faut plus d'espaces francophones. Sortir sans et avec les enfants est nécessaire, tout comme passer du temps avec son partenaire et les jeunes. » (P4)

Certains participant.e.s ont trouvé du soutien à travers des espaces communautaires créés par d'autres personnes 2ELGBTQIA+, notamment par le biais de conférences, webinaires ou groupes informels :

« Nous avons assisté à des conférences et webinaires LGBTQ [en ligne du Québec] sur la parentalité, avec des avocats pour répondre aux questions. Cela nous a donné le courage et les outils nécessaires, comme des cahiers explicatifs sur l'insémination, l'adoption, etc. » (P8)

Mais ces ressources n'existent pas encore au Manitoba, et leur absence renforce le sentiment d'isolement linguistique et identitaire.

L'enjeu dépasse le soutien ponctuel : il s'agit pour les participant.e.s de ne pas avoir à sacrifier leur francité pour accéder à des services 2ELGBTQIA+-inclusifs. Cette dualité est particulièrement ressentie par les parents francoqueer qui peinent à se reconnaître dans les groupes de parents traditionnels ou exclusivement anglophones :

« Il manque de ressources 2ELGBTQIA+-friendly, malgré [les centres d'apprentissages de jeune enfance). Trouver un bon pourvoyeur de soins francophone est difficile. » (P3)

« J'ai un cercle d'amis gais, mais peu d'enfants. Il faut intégrer des groupes de parents traditionnels. Ce serait bien d'avoir un groupe de parents francophones LGBTQ pour que nos enfants voient d'autres familles comme la nôtre sans sacrifier la francité. » (P1)

En somme, les participant.e.s appellent à la création de services spécialisés, culturellement et linguistiquement adaptés, qui accompagnent la transition à la parentalité bien en amont de la conception ou de l'adoption. Pour eux, ces espaces doivent exister dès la petite enfance, afin de permettre aux futurs parents francoqueer de se projeter, de se sentir légitimes, et de s'imaginer un avenir parental à la fois queer et francophone.

Résumé des résultats

Les récits des participant.e.s révèlent que la transition à la parentalité constitue un parcours pluriel, marqué par une série de seuils émotionnels, sociaux et identitaires. La décision de devenir parent oscille entre démarche longuement réfléchie et surgissement imprévu, révélant l'imbrication entre *agency* personnelle et contingences contextuelles. La période antepartum/attente de l'enfant apparaît comme un temps d'anticipation active, durant lequel les participant.e.s naviguent à travers les possibles parentaux, négociant contraintes corporelles, institutionnelles et affectives.

Les expériences d'accouchement témoignent d'une confrontation à la vulnérabilité et aux normes biomédicales et hétéromononormatifs, mettant en lumière les tensions entre autonomie corporelle et impératifs cliniques. La période de la naissance jusqu'aux deux ans de l'enfant constitue un temps d'ajustement intensif, marqué par des réorganisations identitaires, conjugales, linguistiques et professionnelles. Ce vécu est amplifié par des facteurs externes et internes tels que les conditions de vie, l'isolement, ou encore les transformations du couple et de soi-même.

La conciliation de rôles apparaît comme un défi constant, exigeant une redéfinition des dynamiques familiales au-delà des scripts hétéromononormatifs. Les participant.e.s ayant pu reconfigurer librement les rôles parentaux selon les forces individuelles et les réalités du quotidien ont rapporté davantage d'agentivité et de cohérence, tandis que la reproduction de normes de genre traditionnelles a souvent été source de tensions, voire de souffrance.

Le thème de la navigation de l'espace met en évidence des barrières structurelles persistantes. L'accès à des services sécuritaires, affirmatifs, francophones et culturellement sécuritaires demeure rare, obligeant parfois les familles à faire des choix impossibles entre sécurité linguistique, reconnaissance identitaire et accessibilité. L'insécurité linguistique, en particulier, traverse les récits : elle affecte non seulement l'accès aux soins, mais également l'affirmation de soi en tant que personne 2ELGBTQIA+ francophone.

Face à ces réalités, les participant.e.s développent des stratégies actives de création d'espaces : espaces sans jugement, redistribution des rôles à domicile, recours à la famille choisie, ou encore transformation de leur maison en lieux d'accueil inclusifs. Ces gestes s'inscrivent dans une volonté de prendre sa place, de manière affirmée et engagée, tant dans l'intimité que dans l'espace public. Cette posture, à la fois politique et relationnelle, vise à ouvrir la voie à d'autres formes de parentalité plus inclusives et soutenantes.

En somme, les récits montrent que la parentalité, pour les personnes 2ELGBTQIA+ francophones en contexte minoritaire, ne se limite pas à une expérience individuelle : elle devient un terrain de lutte, de résilience, mais aussi d'innovation sociale et identitaire. Les participant.e.s appellent à des services spécialisés, sécuritaires et durables, ancrés dans une vision intersectionnelle et inclusive de la francité queer, afin

que la parentalité puisse s'enraciner bien avant la conception – dès l'enfance – comme une possibilité tangible, joyeuse et légitime.

Chapitre 6

DISCUSSION

Ce dernier chapitre, consacré à la discussion des résultats, est structuré en six parties. La première compare les caractéristiques de l'échantillon de la présente recherche avec celles rapportées dans les études antérieures. La deuxième section approfondit les perceptions des personnes 2ELGBTQIA+ francophones vivant en situation linguistique minoritaire lors de leur transition vers la parentalité. La troisième examine la conciliation des rôles de parent, de partenaire et d'amant. La quatrième porte sur la manière dont les participant.e.s naviguent dans des espaces marqués par des rapports de pouvoir. La cinquième explore les formes de création d'espaces par les parents francophones 2ELGBTQIA+ en contexte minoritaire et des retombées pour la formation, la pratique et les futures recherches en mobilisant les espaces différentiels. Enfin, la dernière section aborde les forces et les limites de l'étude.

Les participant.e.s de cette recherche forment un échantillon marqué par une diversité identitaire et expérientielle qui dépasse celle documentée dans la majorité des études antérieures sur la parentalité 2ELGBTQIA+. Contrairement à plusieurs travaux précédents, souvent centrés sur des couples homosexuels cisgenres vivant dans de grands centres urbains nord-américains (Goldberg et al., 2014), le présent échantillon inclut une représentation significative de personnes trans, non-binaires, bispirituelles, immigrantes récentes ou établies, ainsi que des personnes PANDC (personnes autochtones, noires et racisées). Cette richesse intersectionnelle permet une analyse plus nuancée des expériences parentales, en phase avec les appels récents à une recherche plus inclusive et contextuelle (Gato et al., 2022).

La littérature demeure encore largement lacunaire quant à l'intégration des identités croisées dans l'étude de la parentalité 2ELGBTQIA+. Plusieurs études ont tendance à subsumer les identités trans, non-binaires et bispirituelles sous l'ombrelle

2SLGBTIA+, souvent en raison de la taille restreinte de ces sous-groupes dans leurs échantillons, ce qui limite la possibilité d'en dégager les expériences spécifiques (Bauer et Scheim, 2019). De surcroît, les expériences vécues par les parents 2ELGBTQIA+ en situation d'exclusion sociale ou économique, notamment en raison du statut migratoire ou racisés, sont rarement abordées en profondeur. Lorsqu'elles le sont, elles le sont souvent à travers une grille d'analyse axée sur le risque, mettant l'accent sur les vulnérabilités individuelles sans prendre suffisamment en compte les dynamiques structurelles et systémiques qui les sous-tendent (Covid-19 Immunity Taskforce, 2022).

L'ancrage géographique de cette étude contribue également à distinguer son échantillon. Alors que la majorité des études ont été menées dans des contextes urbains densément peuplés aux États-Unis ou dans de grandes métropoles canadiennes, l'échantillon ici est principalement composé de résidents-es de Winnipeg et de communautés rurales manitobaines. Ce contexte particulier permet de mettre en lumière les expériences de personnes francophones vivant dans une double situation minoritaire = linguistique et sexuelle ou de genre - souvent invisibilisées dans les recherches antérieures (Chbat et al., 2023).

Enfin, la diversité observée pourrait également être influencée par le contexte sociopolitique canadien, notamment l'héritage de la jurisprudence affirmant que « l'État n'a pas sa place dans la chambre à coucher » (R. c. Labaye, 2005), contribuant à une reconnaissance juridique et sociale plus large des expressions sexuelles et identitaires. Cette ouverture pourrait favoriser une participation plus libre et authentique à la recherche de la part de personnes issues de parcours diversifiés.

Perception de la transition à la parentalité

La première phase de la transition à la parentalité, soit la décision de devenir parent, a pris des formes variées chez les participant.e.s de cette étude. Pour la majorité (n=10) il

s'agissait d'une décision réfléchie, mûrement pesée. Ce haut taux de planification concorde avec d'autres travaux soulignant que les personnes 2ELGBTQIA+ rencontrent davantage de barrières structurelles, sociales et médicales pour accéder à la parentalité, rendant le processus souvent plus intentionnel que pour les couples hétérosexuels cisgenres (Gato et al., 2022; Goldberg & Conron, 2018). Ceci peut aussi expliquer l'âge de la majorité des participant.e.s dont la majorité (n=8) étaient âgés de 41 ans ou plus

Toutefois, deux participant.e.s ont rapporté des grossesses non planifiées, et s'identifiaient comme non-binaires et pansexuels. Ce constat fait écho aux études de Bowling et al. (2019) et d'Everett et al. (2017), qui rapportent une prévalence plus élevée de grossesses non désirées chez les personnes bisexuelles et pansexuelles, souvent en lien avec des facteurs tels qu'une utilisation inconstante ou incorrecte de la contraception et un manque d'information adaptée. Parmi les hommes transgenres, jusqu'à 30 % des grossesses seraient non planifiées (Gedzyk-Nieman & McMillian-Bohler, 2022), phénomène attribuable au manque de protocoles cliniques adaptés et au peu de formation des professionnels sur la santé reproductive des personnes trans (Krempasky et al., 2020).

Chez les participant.e.s ayant vécu une grossesse, les expériences rapportées variaient de positives à négatives, illustrant la complexité de cette période. Conformément à la littérature, plusieurs couples ont exprimé un éventail d'émotions en réponse aux changements physiques, émotionnels et relationnels que comporte la grossesse (Greenfield et Darwin, 2023; Al-Mutawtah et al., 2023; Zheng et al., 2022). Des complications sont survenues dans certains cas chez les participant.e.s de cette étude, ce qui n'est pas rare, puisque de 10 à 20 % des grossesses mondiales sont classées à haut risque (Lowdermilk et al., 2024). Le soutien social, notamment du ou de la partenaire, a été désigné comme un facteur clé pour atténuer l'anxiété liée à ces complications, bien

que ce soutien n'ait pas été évalué lorsque la grossesse est jugée à risque (Polomeno, 2000).

Un enjeu particulier soulevé par les participant.e.s concerne la parentalité par l'entremise d'une personne porteuse. Dans ces cas, les couples devaient composer avec une troisième personne dans le processus de grossesse, ce qui, selon plusieurs, a eu des répercussions sur la dynamique conjugale et intime. Ce phénomène, que Avanthay Strus et Polomeno (2024) qualifie d'« élargissement relationnel reproductif », souligne les ajustements émotionnels et pratiques requis dans de telles configurations parentales.

Les interactions avec les professionnelles de la santé ont aussi fortement influencé l'expérience de la grossesse et de l'accouchement. Plusieurs participant.e.s ont rapporté une difficulté à établir une relation de confiance avec les professionnels de la santé, une difficulté bien documentée chez les personnes 2ELGBTQIA+ (Klittmark et al., 2023). Ces dernières accèdent souvent aux soins de périnatalité avec plus d'appréhensions que leurs homologues hétérosexuels, en raison d'un historique plus fréquent de violences physiques, sexuelles ou psychologiques, de discriminations et de traumatismes (Hallström et al., 2022; Kneale & Bécares, 2021).

Les expériences de soins intrusifs ou non consentuels, tels que des examens vaginaux non expliqués ou l'usage de techniques de soutien à l'allaitement sans consentement (i.e : positionner le bébé pour nourrir en positionnant la poitrine aussi), ont été vécues comme des violations de l'intégrité corporelle, en opposition avec les normes de soins respectueux prônées par l'OMS (2014). Comme dans l'étude de Klittmark et al. (2023), plusieurs participant.e.s ont rapporté une perte de contrôle pendant l'accouchement, exacerbée par l'attitude directive de certains professionnels de santé qui prenaient des décisions sans consultation préalable. Ces situations renforcent le besoin de repenser la formation clinique pour mieux inclure les réalités 2ELGBTQIA+, et offrir des soins culturellement sécuritaires.

Malgré les obstacles, certains participant.e.s ont souligné l'impact positif de professionnels de la santé sensibles, compétents et présents tout au long de la transition à la parentalité (eg : sage-femmes). Une participante, ayant été suivie par une sage-femme assurant la continuité des soins, a rapporté que cette présence soutenance l'avait aidée à se sentir en sécurité. Ces récits illustrent l'importance du lien de confiance dans la qualité de l'expérience périnatale et rejoignent les constats de Griggs et al. (2021) sur le rôle protecteur du plan de naissance dans les familles 2ELGBTQIA+.

Un constat d'enjeu central de cette étude est le manque de reconnaissance légale ou institutionnelle des coparents dans plusieurs situations, notamment en contexte de santé. Les décisions d'urgence médicale peuvent être compromises lorsqu'un partenaire non gestant d'un couple 2ELGBTQIA+ n'est pas reconnu comme parent légal. En conséquence, son droit de participer aux choix cliniques est souvent refusé. Malgré les réformes comme *All Families Are Equal Act* (Ontario Human Rights Commission, 2007), certains couples 2ELGBTQIA+ qui avaient jusqu'ici été exclus du cadre juridique traditionnel. Cependant, dans la pratique, ces familles demeurent confrontées à des lacunes institutionnelles : en Ontario, le coparent non gestant doit recourir à l'adoption après la naissance pour obtenir des droits parentaux officiels, ce qui engendre des coûts financiers et émotionnels considérables. Ce processus d'adoption obligatoire illustre ce que certains décrivent comme une « vulnérabilité juridique » : sans filiation légale dès la naissance, les coparents peuvent se retrouver incapables de signer des autorisations médicales, d'accéder à des prestations, ou d'intervenir en cas d'urgence, mettant en péril la sécurité et le bien-être de la famille sans pour autant considérer le coût de ces démarches.

Ainsi, bien que des décisions judiciaires récentes signent un progrès vers la reconnaissance des structures familiales diversifiées, le manque de reconnaissance automatique au moment de la naissance continue de poser des obstacles majeurs,

particulièrement dans des contextes médicaux critiques. Cela met en relief l'urgence d'intégrer, dès la grossesse, une reconnaissance institutionnelle explicite du coparent non gestant dans les protocoles de soins périnataux.

En somme, cette phase révèle non seulement les défis particuliers rencontrés par les parents 2ELGBTQIA+ francophones en situation minoritaire, mais également leur résilience et leurs stratégies d'adaptation face à un système de santé souvent peu préparé à répondre à leurs réalités. Elle souligne l'urgence d'une transformation structurelle vers des pratiques inclusives, informées par une éthique du soin centrée sur la dignité, la continuité, la reconnaissance et le consentement.

Conciliation de rôles

Selon des études récentes, la transition vers la parentalité est particulièrement exigeante lorsque les parents souffrent de dépression postnatale ou élèvent un enfant à besoins élevés. La dépression postpartum qui touche aussi bien les mères que les pères, se manifeste par une perte d'intérêt pour les activités quotidiennes, un retrait des relations sociales et une difficulté à s'acquitter des responsabilités parentales, des réalités observées chez plusieurs participant.e.s ayant vécu une dépression postpartum. Chez les parents d'enfants à besoins élevés, le risque de dépression postpartum et de burnout parental augmente également, créant un cercle vicieux où toute l'attention se concentre sur l'enfant au détriment de la relation de couple (Dennis et al., 2022). Ces situations entraînent souvent un repli individuel, une atteinte à la communication, et une dégradation de l'intimité conjugale. Les recherches en psychologie montrent que le burnout parental, caractérisé par un épuisement émotionnel et un détachement, est corrélé à des comportements parentaux plus hostiles, une moindre disponibilité du parent, et un affaiblissement de la relation de couple (Findling et al., 2024).

Les participant.e.s de l'étude doctorale qui ont su équilibrer leurs rôles (parent, partenaire, amant) de façon satisfaisante ont fait preuve d'une meilleure gestion émotionnelle et relationnelle. Ceci a aussi été confirmé par Kulik (2025) indiquant qu'une intégration harmonieuse des rôles réduit les conflits internes, l'anxiété, et favorise l'estime de soi. Ils ont priorisé le rôle parental, suivi de celui de partenaire, puis d'amant, un ordre adopté consciemment pour préserver la stabilité du couple.

L'inclusion de participantes s'identifiant comme asexuelles constitue une contribution unique à la littérature. Elles ont rencontré des défis spécifiques liés à leur identité, notamment pour exprimer l'absence ou la rareté du désir sexuel. Pour l'une d'elles, la reconnaissance de son asexualité est intervenue trop tard - après la rupture du couple - soulignant l'importance d'outiller les ateliers prénataux et les soins infirmiers autour des thèmes de la sexualité, de l'affectivité, du genre et de l'identité sexuelle.

Parmi les autres facteurs impactant la conciliation des rôles, six catégories principales ressortent : 1) la surcharge de travail (sommeil, ménages, soins), 2) les changements corporels et d'image de soi, 3) l'anxiété post-partum, 4) la précarité financière, 5) le stress lié aux minorités et 6) le tempérament de l'enfant. Les parents d'enfants à besoins élevés font fréquemment face à des risques accrus de conflit de rôle et d'épuisement relationnel, pouvant mener à la rupture (Findling et al., 2024). Dans notre étude, le partage équitable des tâches ménagères et des soins a été identifié comme un facteur de résilience, sauf pour les couples asexuels ou hétérosexuels, où la dynamique diffère.

Des facteurs « tampon », notamment un réseau de soutien solide (familial ou communautaire), l'accès à des services de garde adaptés - ont été mentionnés comme essentiels pour préserver la relation de couple et prévenir l'épuisement. Cela corrobore les conclusions de la revue systématique de Ren et al. (2024) qui soulignent le rôle protecteur du soutien social pour atténuer le stress parental et la dépression. Cependant,

tel qu'illustré par les résultats, il y a un manque criant d'espaces au centre d'apprentissage à la jeune enfance francophone dans la province du Manitoba

Enfin, les participant.e.s francophones issus de l'immigration (n=4) ont dû composer avec des défis linguistiques et culturels supplémentaires : accès limité aux services francophones, isolement, et intégration difficile. Ces contraintes les ont poussés à réorganiser leur vie professionnelle, à réduire leurs heures de travail ou même à créer des garderies à domicile francophones - stratégie inhabituelle comparée à la majorité des familles 2ELGBTQIA+. Ces pratiques témoignent de leur résilience, mais posent la question d'un soutien institutionnel plus proactif pour ces communautés minoritaires.

Navigation de l'espace public et privé

Les résultats de cette étude confirment que l'espace produit (Lefebvre 2013) - qu'il soit public ou privé - façonne en profondeur l'expérience des personnes 2ELGBTQIA+ francophones vivant en situation minoritaire. Ces vécus s'inscrivent dans des dynamiques structurelles et relationnelles complexes, qui sont partiellement éclairées par le modèle socio-écologique (Bronfenbrenner, 1981) et la phénoménologie queer (Ahmed, 2006 ; Searle, 2019). Comme dans la méta-analyse récente de Saadat et al. (2024), les niveaux individuel, interpersonnel, institutionnel et social interagissent de façon imbriquée. Toutefois, notre étude met en évidence des dimensions peu abordées dans la littérature dominante, notamment l'intersection de la langue, du genre et de l'orientation sexuelle dans un contexte francophone-manitobain, ainsi que la charge identitaire portée par les parents 2ELGBTQIA+.

Au niveau individuel, les participant.e.s évoquent des préoccupations liées à la santé mentale, à l'image corporelle, à la préservation de la fertilité ou encore à la précarité économique, autant de facteurs influençant les décisions parentales, parfois bien avant que celles-ci ne soient concrétisées. L'exemple d'un participant trans ayant réfléchi aux

implications de la torsoplastie sur l'allaitement avant même d'envisager avoir un enfant illustre l'anticipation de compromis identitaires dans la trajectoire reproductive.

Sur le plan interpersonnel, plusieurs personnes rapportent une difficulté à traduire leurs identités dans un vocabulaire bilingue adéquat, révélant un manque de terminologie inclusive en français et en anglais dans les milieux de soins. La persistance d'une francité associée à la catholicité engendre également des tabous autour de la sexualité et de la reproduction dans le contexte manitobain. Les récits partagés illustrent une tension constante entre les normes sociales hétérocentrées et les pratiques parentales queer.

Dans les interactions avec les systèmes institutionnels, les participant.e.s dans l'étude doctorale mentionnent une faible connaissance des enjeux 2ELGBTQIA+ chez les prestataires de soins, un manque de confidentialité, une absence de représentation francophone compétente, et des expériences de stigmatisation illustré aussi par Maclean (2021). Dans plusieurs cas, ils ont dû éduquer eux-mêmes les professionnels, renversant ainsi la dynamique habituelle du soin (Landry et Kensler 2019). Sur le plan sociétal, les politiques affichées comme inclusives sont souvent perçues comme symboliques, voire déconnectées des pratiques concrètes. Par exemple, l'architecture des établissements de santé, les protocoles administratifs et les systèmes d'enregistrement ne permettent pas une reconnaissance pleine des parentalités diverses (Avanthay Strus et al., 2021; Carter 2019). À cela s'ajoutent les effets de lois floues ou discriminatoires concernant la parentalité par adoption ou par procréation assistée, notamment à l'étranger, exposant les familles 2ELGBTQIA+ à une insécurité juridique.

Si le modèle socio-écologique est utile pour cartographier les influences à plusieurs niveaux, il reste limité pour saisir les mécanismes profonds de production des normes. En ce sens, des apports théoriques critiques tels que ceux de Lefebvre (2013), Foucault (1994), Lupton (2013) ou encore Anzaldúa (2012) permettent d'interroger la manière dont l'espace dominant agit comme un dispositif de régulation identitaire. Le

contrôle social y est omniprésent : dans les espaces de soins, les familles doivent souvent se plier à des attentes hétéro-patriarcales, ce qui peut générer un sentiment d'illégitimité ou d'invisibilisation. Pour plusieurs participant.e.s, la stratégie de « passer incognito » est adoptée non pas par confort, mais comme mécanisme de protection. Ces constats rejoignent les analyses de Lupton (2013), pour qui les corps non conformes sont perçus comme un risque menaçant l'ordre normatif de l'espace. Ce « risque identitaire » pousse à l'invisibilisation volontaire ou imposée, avec des effets délétères sur la santé mentale et la qualité du lien parental.

Dans ce contexte, l'émergence d'espaces différentiels (Anzaldúa, 2012), parfois créés de manière informelle par et pour les familles 2ELGBTQIA+, à des zones de résistance identitaire. Ces espaces, bien que souvent précaires ou éphémères, deviennent des refuges d'authenticité et de solidarité, illustrant les concepts d'Anzaldúa (2012) sur les espaces différentiels et les phénomènes de réorientation corporelle et affective. Toutefois, la multiplication de ces espaces en marge, même si elle permet une reconnaissance symbolique, témoigne également de l'échec des institutions à créer un environnement véritablement inclusif. Cette inaccessibilité ou inadaptation contribue au stress minoritaire vécu, avec des conséquences déjà bien documentées sur la santé périnatale, tant du parent que de l'enfant (Flentje et al., 2020).

Ainsi, la navigation spatiale, loin d'être anodine, devient une question de justice reproductive. Elle révèle non seulement les dynamiques d'exclusion, mais aussi les possibilités d'agir sur les structures pour favoriser la légitimité, la sécurité et la reconnaissance des parentalités 2ELGBTQIA+ francophones en situation linguistique minoritaire. Ces résultats renforcent la nécessité d'aller au-delà des approches adaptatives et de repenser l'espace social et institutionnel à partir des corps et des récits qui y sont encore trop souvent absent.

Création d'espaces différentiels

Les résultats de notre étude indiquent que la création d'espaces différentiels est principalement initiée par les personnes vivant la transition à la parentalité, plutôt que par les chercheurs ou les prestataires de soins. Ces espaces servent de lieux de résistance et de rupture, permettant d'adopter un rôle activiste et de transformer l'espace dominant. Ils sont souvent mis en place par des usagers ordinaires, comme les participant.e.s de notre étude, qui s'approprient l'espace dans leur quotidien tel qu'illustré par Lefebvre (2013). Les groupes privés d'équité y trouvent un pouvoir propre et y produisent un espace différentiel, né d'un espace « abandonné », marqué par un sentiment d'exclusion :

« Un espace existant peut survivre à son objectif initial et à la raison d'être qui détermine ses formes, fonctions et structures ; il peut ainsi, en un sens, devenir vacant, et susceptible d'être détourné, réapproprié et utilisé à des fins tout à fait différentes de son usage initial. » (Lefebvre, 2013, p. 167)

Ces espaces, ou *fronteras*, sont souvent collectifs, gérés selon des logiques de solidarité, où la valeur d'usage et la qualité de vie prévalent sur la rentabilité. Or, résister à l'espace dominant tout en habitant des interstices peut entraîner un état de *nepantla* - un espace de tension et de transformation, où les identités multiples s'entrechoquent sans jamais s'aligner parfaitement (Anzaldúa, 2012). Dans ces zones d'inconfort, les participant.e.s sont confrontés à deux choix : retourner à l'ordre établi ou embrasser la transformation. Ce point de bascule est apparu chez plusieurs participant.e.s.

Au début de leur parcours vers la parentalité, plusieurs ont vécu une forme de complicité avec l'hétérosexualité compulsive, se projetant difficilement dans une parentalité queer. Certains ont même entamé un projet parental dans une relation hétérosexuelle, mettant de côté leur expression de genre ou leur orientation afin de répondre à des normes dominantes. D'autres ont vécu l'effacement de leur francophonie, faute de lieux où vivre pleinement leurs identités linguistique et 2ELGBTQIA+. Toutefois,

un moment de rupture s'est produit lorsque la bande élastique de la conformité ne revenait plus à son point de départ. C'est là que les contradictions sont devenues trop lourdes à porter : les participant.e.s ont reconnu comment les valeurs intériorisées et les discours normatifs affectaient leur bien-être. Ils ont alors décidé de ne plus être complices de l'invisibilisation.

Ce passage par le *nepantla* leur a permis de réimaginer leur futur de manière authentique. À travers la création d'espaces différentiels, les participant.e.s ont progressivement réconcilié leurs multiples identités. Plusieurs ont développé une conscience aiguë de l'impact des normes cis, blanches, hétéromononormatives sur leur vécu, ce qui les a poussés à bâtir des réseaux de soutien ou des familles choisies. Leurs foyers sont devenus des lieux de résistance, où ils pouvaient vivre et affirmer leurs identités. Cette dynamique rejoint les observations d'Arseneau et al. (2019) ainsi que d'Avanthay Strus et Polomeno (2024), qui soulignent l'importance des démarches proactives et planifiées dans les projets parentaux non hétérocentrés.

Cependant, tous les participant.e.s ne disposaient pas des mêmes ressources pour créer ces espaces : certains étaient limités par leur statut d'immigration, leur localisation, leur santé mentale ou leur insécurité linguistique. Tous comprenaient néanmoins comment certains privilèges facilitaient leur transition à la parentalité - notamment la possibilité de passer inaperçu, considéré par plusieurs comme un privilège protecteur. Certains adoptaient une « cape d'invisibilité » dans les espaces de soins ou communautaires, se taisant pour éviter la stigmatisation. Cette tactique leur permettait d'accéder à des services, mais les exposait également à des microagressions, les plaçant dans une posture de témoin silencieux, voire de complice involontaire. En s'alignant temporairement avec les récits dominants, ils gagnaient un accès minimal aux soins, bien que cette stratégie les confronte souvent à une culpabilité tenace. Cela rejoint l'analyse de Sheff et Hammers (2011), selon qui les personnes déjà marginalisées sont plus

vulnérables à la stigmatisation sexuelle, comparativement à celles qui jouissent de privilèges raciaux ou économiques.

Malgré cela, plusieurs ont adopté des rôles de *nepantleras* - des personnes capables de faire le pont entre différents mondes et influencer l'espace dominante produite (Anzaldúa, 2012). Bien souvent, ce rôle était assumé par nécessité plus que par choix, notamment dans leurs interactions avec les prestataires de soins. Dans plus de la moitié des cas, les participant.e.s ont dû endosser le rôle d'éducateurs pour leurs prestataires, comme l'a également révélé Maclean (2021) dans son étude auprès d'hommes trans. Or, offrir des soins sécuritaires et inclusifs relève de la responsabilité des professionnels (Beagan et al., 2012; Maclean et al., 2021; Richardson et al., 2019; Walls et al., 2018).

Certains ont perturbé l'espace dominant par des gestes simples mais chargés de sens : revendiquer l'espace public avec leurs enfants, offrir des services de garde inclusifs ou encore corriger les formulaires binaires. Ces actes, bien qu'ordinaires en apparence, incarnent une transformation de l'espace par l'intérieur. En se présentant, encore et encore, comme toute autre famille dans les instances communautaires, les participant.e.s ont revendiqué leur place, refusant de se justifier. Cette prise de parole et de visibilité agit comme levier de changement - une dynamique également mise en lumière par Lefebvre (2013) et Anzaldúa (2012).

Plusieurs ont aussi évoqué la nécessité de « prendre leur place » dans les structures communautaires francophones, y voyant une responsabilité politique. Cette capacité à transformer l'espace allait souvent de pair avec des privilèges structurels : éducation, flexibilité professionnelle, appuis familiaux. Toutefois, la création d'espaces différentiels demeure un acte de résistance. Les participant.e.s ont aussi souligné que les milieux 2ELGBTQIA+ ne sont pas exempts de hiérarchies d'acceptabilité : les identités considérées comme plus « déviantes » - notamment trans, polyamoureuses ou

intersectionnelles y sont parfois marginalisées, comme l'ont également noté Prada et al. (2021).

Au fil de leur trajectoire, plusieurs ont appris à tolérer l'ambiguïté et les contradictions de leurs identités. Refusant les catégories rigides, ils ont transformé leur conception de la famille, en rupture avec les rôles genrés traditionnellement associés à la parentalité. Contrairement aux familles hétérosexuelles, leurs configurations familiales ne reproduisaient pas les normes genrées, mais proposaient une vision propre et distincte.

Toutefois, malgré leur résilience et leur capacité de transformation, la responsabilité de créer des espaces inclusifs dans les systèmes sociaux et de santé incombe aux institutions et à leurs professionnels. Il est donc nécessaire d'explorer de manière critique comment la production de l'espace dans les soins de santé permet de révéler comment certains groupes en quête d'équité sont exclus des réalités socio-spatiales. Bien que les infirmières participent à la reproduction d'espaces dominants, elles sont aussi stratégiquement positionnées pour contester les géographies de l'exclusion et contribuer à la création d'espaces différentiels - là où elles vivent, travaillent, enseignent ou offrent des soins - pour elles-mêmes, leurs collègues, leurs pairs et leurs patients.

Les infirmières doivent dépasser la conception largement acceptée de l'« environnement » en soins infirmiers (Avanthay Strus, Holmes et O'Byrne, 2021; Jones et Avanthay Strus, 2022), telle qu'elle est façonnée par des récits dominants où l'espace tire sa signification des contextes économiques, sociaux et culturels conjugués à la pratique professionnelle (Andrews et Moon, 2005). En interrogeant la production de ces espaces - essentiels au métaparadigme infirmier - et à travers leurs identités multiples, les infirmières sont bien placées pour analyser de manière critique la manière dont ces espaces influencent les identités qui y interagissent.

Cette posture est propre aux infirmières qui évoluent dans des réalités quotidiennes marquées par une multiplicité de rôles : soignantes, éducatrices,

chercheuses, et parfois figures quasi-familiales pour leurs patients. Elles sont en mesure de s'opposer aux formes d'invisibilisation, notamment celle des populations 2ELGBTQIA+, dont l'effacement dans les espaces publics de soins souligne la nécessité urgente de créer des espaces véritablement inclusifs.

Comme le propose Ahmed (2006), il est essentiel de mettre en lumière les perspectives des groupes privés d'équité et de reconnaître l'entrelacement des identités dominantes dans la construction des espaces. Hill Collins (2019) rappelle également que la hiérarchisation des formes de marginalisation est stérile : toutes ont un poids, et aucune ne devrait primer sur une autre.

Ainsi, reconnaître et soutenir les initiatives des personnes 2ELGBTQIA+ pour créer des espaces sécuritaires ne relève pas seulement d'un acte de solidarité, mais constitue un impératif professionnel pour les infirmières. Cela implique de déplacer la responsabilité d'adaptation de la personne vers l'espace lui-même. Pour ce faire, les infirmières doivent s'engager dans des projets de production de connaissances résistantes, alignés avec les principes de la recherche anti-oppressive, qui rendent visibles les dimensions politiques inhérentes à la création de savoirs dans une économie néolibérale du savoir (Brown et Strega, 2015)

Pratique clinique

Par leur présence dans des espaces liminaux (Allen, 2015), les infirmières deviennent des médiatrices/pont entre les groupes marginalisés et les systèmes de santé. Pourtant, leur travail critique reste souvent invisible. Les infirmières évoluent elles-mêmes à la croisée des chemins entre les sciences et les humanités, entre soins directs et structures institutionnelles, occupant une position périphérique mais stratégique dans la transformation des soins.

Selon Andrews et Shaw (2008), les infirmières participent à la normalisation des espaces institutionnels à travers leurs pratiques. Lupton (2013) ajoute que ces stratégies

peuvent renforcer l'exclusion en instaurant un climat de peur. Dès lors, l'égalité formelle - traiter tous les patients de la même manière - peut devenir un simulacre, perçu comme inauthentique lorsqu'elle nie les besoins spécifiques et les expériences uniques. Le pouvoir transformateur des infirmières réside dans leur proximité corporelle et affective avec les patients. À la lumière d'Anzaldúa (2012) et de Lefebvre (2013), on peut envisager la création d'un espace *frontera*, où les normes hétéromononormatives en périnatalité sont déconstruites pour accueillir des corps non alignés avec les récits dominants. L'enjeu est de réorganiser l'espace, et non de forcer les individus à s'y conformer.

Recherche

Dans le contexte sociopolitique actuel, marqué par des logiques néolibérales et de haine et de violence contre les minorités sexuelles et de genre, la création d'espaces de résistance épistémologique à partir d'espaces liminaux ou différentiels devient impérative. Les alliances entre les études féministes, antiracistes et queer démontrent que l'espace n'est pas un contenant neutre, mais un processus social, historique et politique continuellement (re)produit – perçu, conçu et vécu – selon des dynamiques de pouvoir (Lefebvre, 2013; Anzaldúa, 2012). Or, bien des recherches en santé, alignées sur des paradigmes dominants, continuent d'ignorer les façons dont le genre, la sexualité et les appartenances linguistiques ou culturelles sont façonnés – et parfois effacés – par les structures institutionnelles, comme l'a illustré notre section 6.4 sur la « navigation de l'espace ».

Dans cette perspective, les infirmières jouent un rôle central : en tant qu'actrices et acteurs des espaces de soins, elles et ils peuvent contribuer à (re)façonner ces lieux à travers des pratiques critiques et transformatrices (Fuchs, 2019). Par une posture située, les infirmières peuvent faciliter des approches participatives en recherche et en planification des soins, en rendant visibles les expériences vécues des personnes marginalisées et en les traduisant auprès des détenteurs de pouvoir. Des méthodologies

comme l'API rendent possible cette mise en lumière des voix autrement marginalisées, en particulier celles des personnes issues de la diversité sexuelle, de genre, affective et linguistique.

Les infirmières issues des *fronteras* - ces zones de contact entre normes et marginalités - ont un potentiel particulier de transformation. Travailler en collaboration avec des populations privés d'équité, ou avec d'autres infirmières aux identités intersectionnelles similaires, permet non seulement de diminuer les risques liés à la violence symbolique et structurelle, mais aussi de créer des *espaces différentiels* plus sûrs et inclusifs, notamment dans les milieux de recherche et d'enseignement.

Intégrer les perspectives critiques de Lefebvre (2013), Lupton (2012) et Anzaldúa (2012) en sciences infirmières permet de déconstruire les environnements institutionnels et d'envisager leur transformation. La production de l'espace selon Lefebvre met en lumière comment les relations de pouvoir façonnent les lieux de soins; Lupton questionne les discours de risque et les processus d'exclusion; Anzaldúa révèle les potentialités des espaces liminaux/*frontera* comme lieux de créativité, de résistance et de réinvention identitaire. En combinant ces théories, tel que dans cette étude la recherche en soins infirmiers peut mieux appréhender les pratiques de contrôle social et formuler des stratégies concrètes pour rendre les environnements plus équitables.

Comme le rappellent Andrews et Shaw (2008) et plus récemment Jones et Avanthay Strus (2022), une approche géographique critique des soins infirmiers devrait être intégrée à tous les niveaux : dans les programmes d'enseignement, les décisions d'embauche, et les orientations des organismes subventionnaires. Cela nécessite une reconnaissance structurelle de la valeur de telles approches pour influencer durablement la conception, la mise en œuvre et l'évaluation des projets de recherche.

Un exemple concret d'application de ces principes est l'outil « *Birth Includes Us* » (Altman et al., 2023), développé pour capter de manière inclusive les expériences

périnatales selon une variété de parcours et d'identités. Bien que cet outil incorpore des mesures validées sur les soins respectueux et les discriminations vécues, il demeure inaccessible dans d'autres langues, comme le français, limitant ainsi son applicabilité dans des contextes plurilingues comme le Manitoba.

En matière de parentalité, les recherches demeurent largement centrées sur des modèles hétérosexuels, cisgenres et biologiques. Bien que des avancées existent, notamment l'intégration progressive des personnes 2ELGBTQIA+, l'espace dominant conçu (normatif) continue d'influencer les recherches, surtout lorsqu'elles sont menées par des chercheurs non issus des *fronteras*. Il devient donc urgent de concevoir des recherches véritablement situées, qui interrogent les exclusions à l'œuvre et favorisent des méthodologies inclusives.

Ainsi, notre étude s'est appuyée sur l'échantillonnage intentionnel pour favoriser la participation de personnes 2ELGBTQIA+ francophones vivant en contexte minoritaire, comme recommandé par Flick (2014). Cette approche permet une représentation plus fidèle et significative que les enquêtes quantitatives à grand déploiement, souvent biaisées en faveur de profils dominants (caucasiens, en couple, éduqués (Sheff & Hammers, 2011; Avanthay Strus & Polomeno, 2021). Il devient essentiel d'amplifier les voix minorisées, d'améliorer la visibilité des expériences pluriverselles, et de documenter les impacts concrets du genre, de la sexualité et de la parentalité sur les parcours de santé. Ceci inclut les hommes trans, les femmes plurisexuelles, les pères 2ELGBTQIA+, les partenaires non biologiques, et d'autres figures parentales non normatives (MacLean, 2021; Januwalla et al., 2019).

Plusieurs thématiques exigent une exploration accrue :

- La dépression post-partum chez les personnes trans (Charter et al., 2018; MacLean, 2021)

- La perte périnatale vécue par les pères et les personnes 2ELGBTQIA+ (Due et al., 2017)
- L'effet des défis parentaux sur les relations intimes (Avanthay Strus, 2019; Khajehei, 2016)
- Les besoins en éducation périnatale inclusive (Polomeno et Avanthay Strus, 2024)
- Le développement de recherches longitudinales pour documenter la dynamique conjugale au fil de la parentalité (Avanthay Strus & Polomeno, 2024)

Enfin, la recherche participative communautaire est recommandée pour mieux représenter les voix des communautés concernées (Agénor et al., 2021). Ce type de partenariat permet non seulement de combler les lacunes épistémiques, mais aussi de transformer les pratiques cliniques et les politiques publiques de manière durable et située.

Formation infirmière

La formation en sciences infirmières peut jouer un rôle déterminant dans la préparation des futures infirmières à offrir des soins culturellement sécuritaires et inclusifs. L'intégration des concepts de *frontera* et de *nepantla* d'Anzaldúa (2012; Anzaldúa & Keating, 2015) permet non seulement de reconnaître les expériences multiples et intersectionnelles des patients, mais aussi de soutenir les étudiants et enseignants issus des marges.

Les infirmières des *fronteras* - ces zones de contact culturel, géographique, politique, paradigmatique et identitaire - vivent souvent le *nepantla*, cet état d'entre-deux où coexistent des réalités souvent contradictoires. Dans la formation infirmière, ce vécu se manifeste dès les premières étapes, à travers des tensions entre leur identité, les attentes normatives de la profession, et les dynamiques de pouvoir en jeu. Anzaldúa et

Keatings (2015) décrivent ces expériences comme des couches superposées d'espaces, d'événements et de réalités psychologiques, sociales, spirituelles et politiques. Toutefois, vivre dans le *nepantla* ne garantit pas l'émergence d'une conscience critique : certains continueront de reproduire les normes dominantes, tandis que d'autres deviendront des *nepantleras* - celles et ceux qui choisissent de « marcher entre les mondes » et de les transformer.

Les éducateurs en soins infirmiers ont la capacité - et la responsabilité - de créer ces espaces différentiels où la conscience *mestiza* peut émerger, et où les étudiants peuvent être accompagnés dans la navigation du *nepantla*. Cette pédagogie critique repose sur trois piliers : imagination radicale, résistance créative et insurrection générative (Dillard-Wright, 2022). Il ne s'agit pas simplement d'ajouter des contenus sur la diversité, mais de remettre en question les fondements mêmes du savoir infirmier dominant et de valoriser des méthodologies capables de brouiller les frontières (épistémiques, identitaires, professionnelles).

Concrètement, cela implique d'enseigner aux étudiants à questionner la sagesse conventionnelle, à accueillir l'ambiguïté, à coexister avec les contradictions, et à s'ouvrir à des perspectives inattendues, souvent issues de savoirs queer, autochtones ou situés. Il s'agit d'adopter une approche pédagogique qui assume un certain degré de chaos, de tension, voire de confrontation. Cette posture va à l'encontre du modèle rationnel, linéaire et souvent décontextualisé de la formation infirmière traditionnelle.

Des résistances sont inévitables. Dans un climat où les approches critiques sont parfois perçues comme du "wokisme" à censurer (Chamlee-Wright, 2018), en particulier dans les universités nord-américaines, la mise en œuvre d'une pédagogie transformative exige courage, sensibilité et résilience, tant de la part du corps professoral que des étudiants. Les enseignants doivent créer des espaces propices au dialogue ouvert, gérer les dynamiques émotionnelles, et favoriser un apprentissage réflexif sans éviter les

conversations difficiles. En parallèle, les étudiants doivent développer leur capacité à tolérer l'inconfort, à accueillir les idées perturbantes comme des occasions de croissance, et à entretenir une curiosité intellectuelle face à la complexité (Avanthay Strus et al., 2023)

L'apprentissage transformateur (Mälkki, 2010; Simsek, 2012) et expérientiel (Murray, 2018) constitue une réponse concrète à ces défis. Il encourage la remise en question des présupposés, l'élargissement des perspectives et la construction de nouvelles relations aux savoirs, aux autres et à soi-même. Par exemple, McMillian-Bohler et al. (2022) ont montré qu'un témoignage en classe d'un homme transgenre ayant vécu une grossesse avait significativement augmenté la sensibilité et la volonté des étudiants à offrir des soins affirmatifs aux personnes trans. Ces approches centrées sur la représentation, l'immersion et le dialogue critique permettent de développer l'humilité culturelle, la réflexivité, et la compétence relationnelle dans toute leur profondeur. Elles contribuent à former des professionnels capables de naviguer les paysages sociopolitiques contemporains de la santé avec intégrité, empathie et ancrage.

En somme, former les infirmières à « marcher entre les mondes » nécessite plus qu'une simple adaptation curriculaire : il s'agit de créer un environnement propice à la réimagination radicale du soin. Cela exige d'ouvrir des espaces liminaux où les éducateurs et les étudiants - en particulier ceux et celles issus des *fronteras* - peuvent reconnaître et valoriser leurs identités multiples, et transformer collectivement les savoirs infirmiers pour qu'ils deviennent réellement inclusifs, équitables et transformatifs.

Gouvernance, imagination radicale et justice épistémique

En administration de la santé, l'adoption d'une conscience *mestiza* - telle que proposée par Anzaldúa (2012) - permet de repenser les politiques et les processus décisionnels à partir d'une posture critique, inclusive et transformatrice. Une telle conscience engage les responsables à reconnaître les dynamiques de pouvoir, à valoriser les savoirs pluriels et à intégrer des perspectives issues des marges. Concrètement, cela peut se traduire par

la promotion d'une diversité réelle au sein des instances de gouvernance, par l'élaboration de politiques d'équité fondées sur la justice sociale, et par des stratégies visant à démanteler les barrières systémiques qui perpétuent les iniquités.

L'imagination radicale consiste à refuser la reproduction des modèles dominants et à proposer des avenues inédites pour penser et faire la santé autrement. Dans le contexte de la recherche et de la gouvernance, cela suppose de s'éloigner des logiques normatives qui privilégient les publications à fort facteur d'impact, les indicateurs de performance standardisés et les approches descendantes centrées sur la productivité. Ces critères tendent à marginaliser les démarches critiques, communautaires et participatives qui exigent du temps, de la réciprocité et une relation soutenue avec le terrain (Diversi et Finley, 2010).

La recherche transformatrice, en particulier celle qui émerge des *fronteras*, nécessite des conditions structurelles favorables. Elle repose sur des processus de co-construction des savoirs, sur l'écoute active des partenaires communautaires, et sur une reconnaissance du caractère situé, affectif et politique du travail de recherche. Des exemples concrets de cette approche sont visibles dans notre propre étude ainsi que dans les travaux de Prada et al. (2021) et Avanthay Strus et al. (2024), tous deux issus d'un partenariat avec *le Collectif LGBTQ+ du Manitoba*. Ces recherches incarnent une forme de justice épistémique en action, qui refuse de réduire les communautés à des objets d'étude et les intègre plutôt comme co-créatrices de savoirs ancrés et pertinents.

Pour permettre aux infirmières de la santé de naviguer les *fronteras* et de s'engager dans des espaces de *nepantla* - ces entre-deux où la transformation devient possible - il est essentiel que les institutions reconnaissent la valeur de cette posture. Cela implique un changement de paradigme : accueillir la lenteur, la réflexivité, les tensions productives, et collaborer activement avec des chercheurs et éducateurs qui remettent en question le statu quo. Soutenir la transformation dans les soins de santé passe donc par

une refonte des structures de financement, d'évaluation et de gouvernance en faveur d'une vision plus équitable, imaginative et ancrée dans la réalité des communautés.

Forces et limites de la recherche

Notre étude sur l'expérience des personnes 2ELGBTQIA+ francophones pendant la transition à la parentalité comporte plusieurs limites importantes. Premièrement, elle a été circonscrite à une zone géographique précise, ce qui a engendré certaines difficultés de recrutement, malgré l'appui d'un partenaire communautaire, *le Collectif LGBTQ+ du Manitoba*. Ce dernier, fondé en 2018, n'a pu engager du personnel pour soutenir activement le recrutement que récemment, en 2025. Ce contexte organisationnel a contribué à ralentir le processus de recrutement. Néanmoins, un échantillon de 12 participant.e.s a pu être constitué, représentant la diversité des personnes francophones et la diversité des familles de la province du Manitoba, ce qui s'aligne avec les recommandations en API. En effet, plusieurs auteurs insistent sur l'importance de la qualité analytique et de la profondeur interprétative plutôt que sur la taille de l'échantillon (Smith et al., 2022). L'échantillon atteint donc les critères de rigueur attendus pour ce type de recherche qualitative.

Les résultats de cette étude s'inscrivent dans un contexte manitobain marqué par une situation linguistique minoritaire francophone à la fois institutionnalisée et fragile. Bien que le Manitoba dispose d'un réseau francophone en santé, en éducation et en services communautaires, l'accessibilité réelle à ces services demeure inégale, souvent centralisée géographiquement et dépendante de ressources humaines bilingues limitées.

Pour les parents 2ELGBTQIA+ francophones, cette réalité se traduit par une navigation constante entre des espaces francophones peu inclusifs sur le plan de la diversité sexuelle et de genre, et des espaces inclusifs majoritairement anglophones, ce

qui accentue les tensions identitaires et les efforts de traduction, au sens linguistique et symbolique, de leurs expériences parentales.

Ce contexte, historiquement façonné par des luttes pour la reconnaissance du français, amplifie des dynamiques de minorisation déjà présentes, tout en agissant comme un révélateur de mécanismes plus larges observables dans d'autres contextes minoritaires, où les services sont pensés en silos et où les personnes doivent créer elles-mêmes des espaces sécuritaires.

Malgré ces limites, l'étude a permis de produire un éclairage riche et nuancé sur les expériences vécues par les personnes 2ELGBTQIA+ en contexte de transition à la parentalité. Elle met en évidence la pertinence d'approches collaboratives et communautaires, comme celle mise en œuvre ici, en réponse à un besoin formulé dans des recherches antérieures (Prada et al., 2021). Ces résultats soulignent les défis spécifiques auxquels font face ces familles et confirment l'importance de poursuivre les recherches participatives et critiques dans ce champ, afin de guider les politiques et pratiques en santé vers plus d'équité, d'inclusion et de reconnaissance

Conclusion

Cette thèse a exploré les expériences vécues de familles 2ELGBTQIA+ francophones vivant en contexte linguistique minoritaire lors de la transition à la parentalité, en mobilisant une approche critique ancrée dans l'API. L'étude a permis de faire émerger quatre thèmes centraux : la transition à la parentalité, la conciliation des rôles, la navigation de l'espace et la création d'un espace. Ces thèmes rendent compte à la fois des défis singuliers rencontrés par les participant.e.s et des stratégies de résistance, d'adaptation et de transformation mises en œuvre pour y faire face.

Les résultats soulignent que la transition à la parentalité constitue une période marquée par des tensions identitaires, émotionnelles et structurelles, où les participant.e.s doivent sans cesse jongler entre leur rôle de parent, de partenaire, d'amant, mais aussi de citoyen naviguant dans un environnement souvent hostile ou inadéquat. Les participant.e.s ont insisté sur l'importance des liens communautaires et des familles choisies pour combler les lacunes laissées par les institutions, et sur la nécessité de créer des espaces sécuritaires et inclusifs pour exister pleinement.

La dimension spatiale s'est révélée particulièrement féconde pour comprendre l'expérience parentale dans ses implications sociales, politiques et émotionnelles. En articulant les notions de production de l'espace (Lefebvre, 2013) et de *fronteras/nepantla* (Anzaldúa, 2012/2015), cette recherche met en lumière les mécanismes d'exclusion mais aussi les pratiques d'appropriation, de déplacement et de création d'espaces différentiels par les personnes 2ELGBTQIA+. Ces espaces émergent non seulement comme des refuges, mais aussi comme des lieux de résistance et de réinvention identitaire. Ils permettent de reconfigurer les frontières du possible au sein même de structures normatives et hétéronormatives, souvent indifférentes à la pluralité des vécus parentaux.

Les retombées de cette recherche dépassent le cadre académique. Sur le plan des pratiques, elle invite les prestataires de soins à repenser la manière dont l'espace est conçu, vécu et mobilisé dans les contextes de soins. La triade spatiale de Lefebvre (2013) combinée à l'épistémologie des marges d'Anzaldúa (2012) permet d'ouvrir des perspectives critiques sur les manières dont les environnements de soins participent, parfois malgré eux, à la reproduction des inégalités. Il devient impératif de favoriser l'émergence d'espaces différentiels dans les pratiques cliniques, organisationnelles et éducatives, afin de permettre aux expériences et espaces marginalisés de prendre forme, d'être reconnues et valorisées.

Dans cette optique, les infirmières ont un rôle crucial à jouer. Leur travail quotidien les positionne à l'intersection des systèmes de santé et des vécus des populations. Elles sont idéalement placées pour naviguer les espaces liminaux, servir de ponts entre les individus et les institutions, et militer pour des géographies de soins plus inclusives. Cela suppose toutefois une reconnaissance de leur pouvoir d'agir et une valorisation de leur position comme intellectuelles transformatrices. Rendre visible leur travail, revendiquer leur place dans les lieux décisionnels et affirmer leur perspective critique ne relèvent pas seulement d'un droit professionnel, mais d'une responsabilité éthique dans un contexte de santé de plus en plus politisé.

Il est temps de reconnaître que la santé est indissociable des questions d'équité, de justice sociale et de spatialité. Les politiques éducatives et organisationnelles doivent cesser d'invisibiliser les savoirs situés et les pratiques transformatrices des infirmières travaillant dans les marges. Dans un monde où l'expertise des infirmières des *fronteras/borderlands* est trop souvent ignorée ou minimisée, il devient urgent de soutenir leur capacité à créer des lieux de soins alternatifs, porteurs de justice, de reconnaissance et d'espoir. Cette recherche contribue à cet effort en offrant un regard nuancé, ancré dans

les réalités vécues, sur les enjeux de parentalité queer francophone en contexte minoritaire - et sur le potentiel des soins infirmiers comme force de transformation sociale.

Références

- 3 S.C.R (2010). Loi sur la procréation assistée. Cour suprême du Canada.
- Agénor, M., Murchison, G. R., Najarro, J., Grimshaw, A., Cottrill, A. A., Janiak, E., Gordon, A. R., et Charlton, B. M. (2021). Mapping the scientific literature on reproductive health among transgender and gender diverse people : A scoping review. *Sexual and Reproductive Health Matters*, 29(1), 57-74.
<https://doi.org/10.1080/26410397.2021.1886395>
- Ahmed, S. (2006). *Queer Phenomenology: Orientations, Objects, Others*. Duke University Press.
- Allen, D. (2015). *The invisible work of nurses : Hospitals, organisation and healthcare*. Routledge.
- Altman, M. R., Cragg, K., van Winkle, T., Julian, Z., Obedin-Maliver, J., Tarasoff, L. A., Eagen-Torkko, M. K., Ferrell, B. L., Rubashkin, N. A., Lusero, I., et Vedam, S. (2023). Birth includes us : Development of a community-led survey to capture experiences of pregnancy care among LGBTQ2S+ families. *Birth*. 50(1), 109-119.
<https://doi.org/10.1111/birt.12704>
- Al-Mutawtah, M., Campbell, E., Kubis, H.-P., et Erjavec, M. (2023). Women's experiences of social support during pregnancy : A qualitative systematic review. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 23(1). <https://doi.org/10.1186/s12884-023-06089-0>
- Andrews, G. J., et Moon, G. (2005). Space, place, and the evidence base : Part I--An introduction to health geography. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 2(2), 55-62. <https://doi.org/10.1111/j.1741-6787.2005.05004.x>
- Andrews, G. J., et Shaw, D. (2008). Clinical geography : Nursing practice and the (re)making of institutional space. *Journal of Nursing Management*, 16(4), 463-473.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2008.00866.x>

- Anzaldúa, G. (2012). *Borderlands : The new mestiza = La frontera* (Fourth edition, 25th anniversary). *Aunt Lute Books*.
- Anzaldúa, G., et Keating, A. (2015). *Light in the Dark : Luz en lo Oscuro: Rewriting Identity, Spirituality, Reality*. *Duke University Press*.
- Appelgren Engström, H., Häggström-Nordin, E., Borneskog, C., et Almqvist, A.-L. (2018). Mothers in same-sex relationships describe the process of forming a family as a stressful journey in a heteronormative world : A Swedish grounded theory study. *Maternal and Child Health Journal*, 22(10), 1444-1450.
<https://doi.org/10.1007/s10995-018-2525-y>
- Arseneau, E., Landry, S., et Darling, E. K. (2019). The Polyamorous Childbearing and Birth Experiences Study (POLYBABES) : A qualitative study of the health care experiences of polyamorous families during pregnancy and birth. *Canadian Medical Association Journal*, 191(41), E1120-E1127. <https://doi.org/10.1503/cmaj.190224>
- Auger, N., Bilodeau-Bertrand, M., & Lafleur, N. (2023). Access to perinatal healthcare in minority Anglophones: Hospital type and birth outcomes. *PloS one*, 18(4), e0284586. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0284586>
- Austgard, K. (2012). Doing it the Gadamerian way – using philosophical hermeneutics as a methodological approach in nursing science. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26(4), 829-834. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2012.00993.x>
- Avanthay Strus, J. (2019). *Manitoban Consensual Non-monogamous Couples' Conciliation of Their Parenting Role and Their Sexual Lifestyle During the Transition to Parenthood*. <https://doi.org/10.20381/RUOR-23832>
- Avanthay Strus, J., Gueye, N-D, de Moissac, D., Sandoval, L-A, Girard, R., Costeux., A., Gagné, D, Franco Morales, F., Groupe de jeunes chercheurs, et Collectif LGBTQ* du Manitoba (hiver 2024). Des nôtres (Volet 2): Expériences des jeunes en milieu scolaire, familiale et communautaire vivant en situation linguistique minoritaire dans la

province du Manitoba. Le Collectif LGBTQ du Manitoba et Université de Saint-Boniface

Avanthay Strus, J. & Polomeno, V. (2021). Consensual non-monogamous parenting couples' perceptions of healthcare providers during the transition to parenthood.

APORIA: Nursing Journal, 13(1), p. 35-45.

Avanthay Strus, J., Holmes, D., Hammond, C., et Hammond, B., (2023). Reconciliation in Action: RéconciliAction. *Turtle Island Journal of Indigenous Health*, 1(3),108-125

<https://doi.org/10.33137/tijih.v1i3.38435>

Avanthay Strus, J., Polomeno, V., (2024a). Parenting Consensual Non-Monogamists'

Perceptions of Parenthood, Intimacy, and Communication. *APORIA: Nursing Journal*,

16(1), p. 36-47 <https://doi.org/10.18192/aporia.v16i1.6735>

Polomeno, V., Avanthay Strus., J (2024). Strategies to integrate content on consensual non-monogamy and the transition to parenthood into perinatal education practice.

The Journal of Perinatal Education DOI: 10.1891/JPE-2023-0022

Avanthay Strus. J. Polomeno, V (2025) Parenting consensual non-monogamists'

perceptions of the conciliation of their Parenting and sexual lifestyle roles *Aporia*

Avanthay Strus, J., Holmes, D., et O'Byrne, P. (2024). Borderlands : A place of

transformation for nursing-Where *nepantleras* thrive. *Research and Theory for*

Nursing Practice, RTNP-2024-0004.R1. <https://doi.org/10.1891/RTNP-2024-0004>

Avanthay Strus, J., et Polomeno, V. (2021). Consensual non-monogamous parenting couples' perceptions of healthcare providers during the transition to parenthood.

Aporia, 13(1), 36-45. <https://doi.org/10.18192/aporia.v13i1.5276>

Avery, M. D., Duckett, L., et Frantzich, C. R. (2000). The experience of sexuality during breastfeeding among primiparous women. *Journal of Midwifery et Women's Health*,

45(3), 227-237. [https://doi.org/10.1016/S1526-9523\(00\)00020-9](https://doi.org/10.1016/S1526-9523(00)00020-9)

- Azar, M., Kroll, T., & Bradbury-Jones, C. (2022). How do nurses and midwives perceive their role in sexual healthcare? *BMC Women's Health*, 22(1), 330.
- Badawy, M. K., Dadoo, P., Grossmann, K., Lane, R., et Colon-Cabrera, D. (2023). Gender-inclusive practice in pregnancy determination for transgender, gender diverse and non-binary patients in medical imaging. *Journal of Medical Imaging and Radiation Oncology*, 67(6), 625-633. <https://doi.org/10.1111/1754-9485.13551>
- Barker, M., et Langdridge, D. (2010). Whatever happened to non-monogamies? Critical reflections on recent research and theory. *Sexualities*, 13(6), 748-772. <https://doi.org/10.1177/1363460710384645>
- Bauer, G. R., Braimoh, J., Scheim, A. I., et Dharma, C. (2017). Transgender-inclusive measures of sex/gender for population surveys : Mixed-methods evaluation and recommendations. *PLOS ONE*, 12(5), e0178043. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0178043>
- Beagan, B. L., Fredericks, E., et Goldberg, L. (2012). Nurses' work with LGBTQ patients : « they're just like everybody else, so what's the difference »? *The Canadian Journal of Nursing Research = Revue Canadienne De Recherche En Sciences Infirmieres*, 44(3), 44-63.
- Beighton, C., Victor, C., Carey, I. M., Hosking, F., DeWilde, S., Cook, D. G., Manners, P., et Harris, T. (2019). 'I'm sure we made it a better study...': Experiences of adults with intellectual disabilities and parent carers of patient and public involvement in a health research study. *Journal of Intellectual Disabilities*, 23(1), 78-96. <https://doi.org/10.1177/1744629517723485>
- Benibgui, M. (2010). Mental health challenges and resilience in lesbian, gay, and bisexual young adults : Biological and psychological internalization of minority stress

and victimization [Phd, Concordia University].

<https://spectrum.library.concordia.ca/id/eprint/979282/>

Betker, C., MacDonald, M., et Boakye, P. (2024). *Theoretical foundations of community health nursing* (Chap. 7). In A. Dosani, J. Etowa, & C. Van Daalen-Smith (Éds.), *Community health nursing: A Canadian perspective* (6e éd., pp. 138-174). Pearson Canada

Blackwell, D. A., et Blackwell, J. T. (1999). *Building Alternative Families : Helping Lesbian Couples Find the Path to Parenthood.*

Blais, M., Philibert, M., Bergeron, F.-A., et Hébert, M. (2018). Les expériences de victimisation des jeunes à travers le prisme de l'intersectionnalité. *Service social*, 64(1), 1-14. <https://doi.org/10.7202/1055887ar>

Blank, H. (2012). *Straight : The surprisingly short history of heterosexuality.* Beacon Press.

Blunt-Vinti, H. D., Thompson, E. L., et Griner, S. B. (2018). Contraceptive Use Effectiveness and Pregnancy Prevention Information Preferences Among Heterosexual and Sexual Minority College Women. *Women's Health Issues*, 28(4), 342-349. <https://doi.org/10.1016/j.whi.2018.03.005>

Bogdan, I., Turliuc, M. N., et Candel, O. S. (2022). Transition to Parenthood and Marital Satisfaction : A Meta-Analysis. *Frontiers in Psychology*, 13, 901362. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.901362>

Bondi, L. (1998). Gender, class and urban space: Public and private space in contemporary urban landscapes. *Urban Geography*, 19(2), 160–185. <https://doi.org/10.2747/0272-3638.19.2.160>

Bonevski, B., Randell, M., Paul, C., Chapman, K., Twyman, L., Bryant, J., Brozek, I., et Hughes, C. (2014). Reaching the hard-to-reach: A systematic review of strategies for

- improving health and medical research with socially disadvantaged groups. *BMC Medical Research Methodology*, 14(1), 42. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-14-42>
- Bowleg, L. (2012). The Problem With the Phrase Women and Minorities: Intersectionality—An Important Theoretical Framework for Public Health. *American Journal of Public Health*, 102(7), 1267-1273. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.300750>
- Bowling, J., Dodge, B., et Bartelt, E. (2017). Sexuality-related communication within the family context : Experiences of bisexual parents with their children in the United States of America. *Sex Education*, 17(1), 86-102. <https://doi.org/10.1080/14681811.2016.1238821>
- Boyce, K. S., Travers, M., Rothbart, B., Santiago, V., et Bedell, J. (2018). Adapting Evidence-Based Teen Pregnancy Programs to Be LGBT-Inclusive : Lessons Learned. *Health Promotion Practice*, 19(3), 445-454. <https://doi.org/10.1177/1524839918756888>
- Brandt, J. S., Patel, A. J., Marshall, I., et Bachmann, G. A. (2019). Transgender men, pregnancy, and the “new” advanced paternal age : A review of the literature. *Maturitas*, 128, 17-21. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2019.07.004>
- Brewer, R., Ramani, S. L., Khanna, A., Fujimoto, K., Schneider, J. A., Hotton, A., Wilton, L., Escobedo, T., et Harawa, N. T. (2022). A Systematic Review up to 2018 of HIV and Associated Factors Among Criminal Justice-Involved (CJI) Black Sexual and Gender Minority Populations in the United States (US). *Journal of Racial and Ethnic Health Disparities*, 9(4), 1357-1402. <https://doi.org/10.1007/s40615-021-01076-7>
- Briggs, K., Denton, W., Johson, S., Landau, J., Morris, J., Schnarch, D., et Serovich, J. (2005). Relationship, health, and marriage, Final report of the task force. *American Association for Marriage and the Family*.

- Bronfenbrenner, U., & Morris, P. A. (2006). The Bioecological Model of Human Development. In R. M. Lerner & W. Damon (Eds.), *Handbook of child psychology: Theoretical models of human development* (6th ed., pp. 793–828). John Wiley & Sons, Inc..
- Bronfenbrenner, U. (1981). *The Ecology of Human Development : Experiments by Nature and Design*. Harvard University Press. <https://doi.org/10.2307/j.ctv26071r6>
- Brotherson, S. (2007). From partners to parents : Couples in the transition to parenthood. *International Journal of Childbirth Education*, 7-12.
- Brown, L. A., et Strega, S. (Éds.). (2015). *Research as resistance: Revisiting critical, indigenous, and anti-oppressive approaches* (Second edition). Canadian Scholars' Press.
- Browne, C., Wall, P., et Walters, J. (2022). Exploring nursing students' experiences with different teaching pedagogies: A mixed-methods study. *Journal of Nursing Education*, 61(3), 147-152.
- Butler, J. (1990). *Gender Trouble: Feminism and the Subversion of Identity*. Routledge.
- Caelli, K., Ray, L., et Mill, J. (2003). 'Clear as Mud' : Toward Greater Clarity in Generic Qualitative Research. *International Journal of Qualitative Methods*, 2(2), 1-13. <https://doi.org/10.1177/160940690300200201>
- Carpenter, E., Everett, B. G., Greene, M. Z., Haider, S., Hendrick, C. E., et Higgins, J. A. (2020). Pregnancy (im)possibilities : Identifying factors that influence sexual minority women's pregnancy desires. *Social Work in Health Care*, 59(3), 180-198. <https://doi.org/10.1080/00981389.2020.1737304>
- Carter, M. (2019). Political discourse in the hospital heterotopia. *Nursing Philosophy*, 20(4), e12263. <https://doi.org/10.1111/nup.12263>
- Challacombe, F. L., Pietikäinen, J. T., Kiviruusu, O., Saarenpää-Heikkilä, O., Paunio, T., et Paavonen, E. J. (2023). Paternal perinatal stress is associated with children's

- emotional problems at 2 years. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 64(2), 277-288. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13695>
- Chamlee-Wright, E. (2018). Governing Campus Speech : A Bottom-Up Approach. *Society*, 55(5), 392-402. <https://doi.org/10.1007/s12115-018-0279-1>
- Charter, R., Ussher, J. M., Perz, J., et Robinson, K. (2018). The transgender parent : Experiences and constructions of pregnancy and parenthood for transgender men in Australia. *International Journal of Transgenderism*, 19(1), 64-77. <https://doi.org/10.1080/15532739.2017.1399496>
- Chbat, M., Pagé, G., Côté, I., et Blais, M. (2023). Resistance Strategies and Identity Reappropriation of LGBTQ+ Migrants in Québec. *Journal of International Migration and Integration*, 24(4), 1751-1771. <https://doi.org/10.1007/s12134-023-01039->
- Chen, D., et Simons, L. (2018). Ethical Considerations in Fertility Preservation for Transgender Youth : A Case Illustration. *Clinical Practice in Pediatric Psychology*, 6(1), 93-100. <https://doi.org/10.1037/cpp0000230>
- Cisnormativité. (s. d.). Consulté 10 janvier 2025, à l'adresse <https://vitrinelinguistique.oqlf.gouv.qc.ca/fiche-gdt/fiche/26532444/cisnormativite>
- Clandinin, D. J., et Rosiek, J. (2007). Mapping a landscape of narrative inquiry: Borderland spaces and tensions. In D. J. Clandinin (Ed.), *Handbook of narrative inquiry: Mapping a methodology* (pp. 35–75). SAGE.
- Comeau, D., Johnson, C., et Bouhamdani, N. (2023). Review of current 2ELGBTQIA+ inequities in the Canadian health care system. *Frontiers in Public Health*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1183284>
- Condon, J. T., Corkindale, C. J., et Boyce, P. (2004). The First-Time Fathers Study : A Prospective Study of the Mental Health and Wellbeing of Men during the Transition to

- Parenthood. *Australian et New Zealand Journal of Psychiatry*, 38(1-2), 56-64.
<https://doi.org/10.1177/000486740403800102>
- Conley, T. D., Moors, A. C., Matsick, J. L., et Ziegler, A. (2013). The Fewer the Merrier? : Assessing Stigma Surrounding Consensually Non-monogamous Romantic Relationships. *Analyses of Social Issues and Public Policy*, 13(1), 1-30.
<https://doi.org/10.1111/j.1530-2415.2012.01286.x>
- Conron, K. J., Mimiaga, M. J., et Landers, S. J. (2010). A Population-Based Study of Sexual Orientation Identity and Gender Differences in Adult Health. *American Journal of Public Health*, 100(10), 1953-1960. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2009.174169>
- Corriveau, P., Pelletier, G., Pires, A. P., et Sosoe, L. K. (Éds.). (2022). *Normativité et critique en sciences sociales*. Les Presses de l'Université Laval.
- Covid 19 Immunity Taskforce. (2022, novembre 30). COVID-19 and 2SLGBTQ+ communities. *International Research Review*.
<https://www.covid19immunitytaskforce.ca/covid-19-and-2slgbtq-communities/>
- Cowan, C. P., et Cowan, P. A. (2000). When partners become parents : The big life change for Couples. *Lawrence Elrbaum Associates*.
- Crenshaw, K. (1989) "Demarginalizing the intersection of race and sex: A Black feminist critique of antidiscrimination doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics," *University of Chicago Legal Forum*: 1(8).
<http://chicagounbound.uchicago.edu/uclf/vol1989/iss1/8>
- Creswell, J. W., et Plano Clark, V. L. (2017). *Designing and conducting mixed methods research* (3rd ed). Sage.
- Da Costa, D. (2023). Fathers matter : Supporting new dads during the transition to parenthood. *Open Access Government*, 40(1), 198-199.
<https://doi.org/10.56367/OAG-040-11036>

- Dai, H., et Hao, J. (2019). Sleep Deprivation and Chronic Health Conditions Among Sexual Minority Adults. *Behavioral Sleep Medicine*, 17(3), 254-268.
<https://doi.org/10.1080/15402002.2017.1342166>
- Damois, A. (2020, juin 26). Les configurations relationnelles. *Causons féminisme*.
<https://causonsfeminisme.com/2020/06/26/les-configurations-relationnelles/>
- Darwin, Z., et Greenfield, M. (2019). Mothers and others : The invisibility of LGBTQ people in reproductive and infant psychology. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 37(4), 341-343. <https://doi.org/10.1080/02646838.2019.1649919>
- De Lauretis, T. (2010). *Technologies of gender : Essays on theory, film, and fiction*. Indiana University Press.
- de Moissac, D., & Bowen, S. (2019). Impact of Language Barriers on Quality of Care and Patient Safety for Official Language Minority Francophones in Canada. *Journal of patient experience*, 6(1), 24–32. <https://doi.org/10.1177/2374373518769008>
- De Pierrepont, C., Polomeno, V., Bouchard, L., et Reissing, E. (2016). Que savons-nous sur la sexualité périnatale ? Un examen de la portée sur la sexopérinatalité – partie 1. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, 45(8), 796-808.
<https://doi.org/10.1016/j.jgyn.2016.06.003>
- De Vries, B. (2014). LG(BT) Persons in the Second Half of Life : The Intersectional Influences of Stigma and Cohort. *LGBT Health*, 1(1), 18-23.
<https://doi.org/10.1089/lgbt.2013.0005>
- Dempsey, D. (2013). Surrogacy, gay male couples and the significance of biogenetic paternity. *New Genetics and Society*, 32(1), 37-53.
<https://doi.org/10.1080/14636778.2012.735859>
- Dennis, C., Marini, F., Dol, J., Vigod, S. N., Grigoriadis, S., et Brown, H. K. (2022). Paternal prevalence and risk factors for comorbid depression and anxiety across the

- first 2 years postpartum : A nationwide Canadian cohort study. *Depression and Anxiety*, 39(3), 233-245. <https://doi.org/10.1002/da.23234>
- Diamond, L. M. (2008). *Sexual Fluidity: Understanding Women's Love and Desire*. Harvard University Press.
- Dillard-Wright, J. (2022). A radical imagination for nursing : Generative insurrection, creative resistance. *Nursing Philosophy*, 23(1), e12371. <https://doi.org/10.1111/nup.12371>
- Diversi, M., et Finley, S. (2010). Poverty Pimps in the Academy : A Dialogue About Subjectivity, Reflexivity, and Power in Decolonizing Production of Knowledge. *Cultural Studies ↔ Critical Methodologies*, 10(1), 14-17. <https://doi.org/10.1177/1532708609351147>
- Dowling, M., & Cooney, A. (2012). Research approaches related to phenomenology: Negotiating a complex landscape. *Nurse Researcher*, 20(2), 21–27. <https://doi.org/10.7748/nr2012.11.20.2.21.c9440>
- Drescher, J. (2015). Out of DSM : Depathologizing Homosexuality. *Behavioral Sciences*, 5(4), 565-575. <https://doi.org/10.3390/bs5040565>
- Dubin, S. N., Nolan, I. T., Streed, C. G., Jr., Greene, R. E., Radix, A. E., & Morrison, S. D. (2018). Transgender health care: Improving medical students' and residents' training and awareness. *Advances in Medical Education and Practice*, 9, 377–391. <https://doi.org/10.2147/AMEP.S147183>
- Duckett, L. J., et Ruud, M. (2019). Affirming Language Use When Providing Health Care for and Writing About Childbearing Families Who Identify as LGBTQI+. *Journal of Human Lactation*, 35(2), 227-232. <https://doi.org/10.1177/0890334419830985>
- Due, C., Chiarolli, S., et Riggs, D. W. (2017). The impact of pregnancy loss on men's health and wellbeing : A systematic review. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(1), 380. <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1560-9>

- Dunlap, E., & Brumberg, H. L. (2025). The impact of preferred language on perinatal health. *Seminars in perinatology*, 152194. Advance online publication. <https://doi.org/10.1016/j.semperi.2025.152194>
- Easterby-Smith, M., Golden-Biddle, K., et Locke, K. (2008). Working With Pluralism : Determining Quality in Qualitative Research. *Organizational Research Methods*, 11(3), 419-429. <https://doi.org/10.1177/1094428108315858>
- Echezona-Johnson, C. (2017). Evaluation of Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Knowledge in Basic Obstetrical Nursing Education. *Nursing Education Perspectives*, 38(3), 138-142. <https://doi.org/10.1097/01.NEP.0000000000000136>
- Egale. (2020). Impact of COVID-19: Canada's LGBTQI2S Community in Focus. Egale Canada. [https://egale.ca/wp-content/uploads/2020/04/ Impact-of-COVID-19-Canadas-LGBTQI2S Community-in-Focus-2020-04-06-1-1fr-CA.pdf](https://egale.ca/wp-content/uploads/2020/04/Impact-of-COVID-19-Canadas-LGBTQI2S-Community-in-Focus-2020-04-06-1-1fr-CA.pdf)
- Ellis, P., et Phillips, K. (2023). Filling The Gaps In Trans Perinatal Care : A Literature Review. *The Practising midwife*, 26(05), 26-30. <https://doi.org/10.55975/GMEY4118>
- Emlet, C. A. (2016). Social, Economic, and Health Disparities Among LGBT Older Adults. *Generations (San Francisco, Calif.)*, 40(2), 16-22. Escobar, A. (2018). *Designs for the pluriverse: Radical interdependence, autonomy, and the making of worlds*. Duke University Press.
- Everett, B. G., Kominiarek, M. A., Mollborn, S., Adkins, D. E., et Hughes, T. L. (2019). Sexual Orientation Disparities in Pregnancy and Infant Outcomes. *Maternal and Child Health Journal*, 23(1), 72-81. <https://doi.org/10.1007/s10995-018-2595-x>
- Everett, B. G., McCabe, K. F., et Hughes, T. L. (2017). Sexual Orientation Disparities in Mistimed and Unwanted Pregnancy Among Adult Women. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 49(3), 157-165. <https://doi.org/10.1363/psrh.12032>

- Farrow, A. (2015). Lactation Support and the LGBTQI Community. *Journal of Human Lactation*, 31(1), 26-28. <https://doi.org/10.1177/0890334414554928>
- Ferri, R. L., Rosen-Carole, C. B., Jackson, J., Carreno-Rijo, E., Greenberg, K. B., et the Academy of Breastfeeding Medicine. (2020). ABM Clinical Protocol #33 : Lactation Care for Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, Queer, Questioning, Plus Patients. *Breastfeeding Medicine*, 15(5), 284-293. <https://doi.org/10.1089/bfm.2020.29152.rf>
- Flentje, A., Heck, N. C., Brennan, J. M., et Meyer, I. H. (2020). The relationship between minority stress and biological outcomes : A systematic review. *Journal of Behavioral Medicine*, 43(5), 673-694. <https://doi.org/10.1007/s10865-019-00120-6>
- Foucault, M. (1977). *Discipline and punish : The birth of the prison*. New York. Vintage. <http://0-lib.myilibrary.com/catalogue/libraries.london.ac.uk?id=435863>
- Foucault, M (1997). *La volonté du savoir : L'histoire de la sexualité*. New York. Vintage
- Flanders, C. E., Gibson, M. F., Goldberg, A. E., & Ross, L. E. (2016). Postpartum depression among visible and invisible sexual minority women : A pilot study. *Archives of Women's Mental Health*, 19(2), 299-305. <https://doi.org/10.1007/s00737-015-0566-4>
- Flick, U. (Éd.). (2014). *The SAGE handbook of qualitative data analysis*. SAGE.
- Fredriksen-Goldsen, K. I., Kim, H.-J., Barkan, S. E., Muraco, A., et Hoy-Ellis, C. P. (2013). Health Disparities Among Lesbian, Gay, and Bisexual Older Adults : Results From a Population-Based Study. *American Journal of Public Health*, 103(10), 1802-1809. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.301110>
- French, D. C., et Dishion, T. J. (2003). Predictors of Early Initiation of Sexual Intercourse among High-Risk Adolescents. *The Journal of Early Adolescence*, 23(3), 295-315. <https://doi.org/10.1177/0272431603254171>

- Frost, D. M., Fine, M., Torre, M. E., et Cabana, A. (2019). Minority Stress, Activism, and Health in the Context of Economic Precarity : Results from a National Participatory Action Survey of Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, Queer, and Gender Non-Conforming Youth. *American Journal of Community Psychology*, 63(3-4), 511-526. <https://doi.org/10.1002/ajcp.12326>
- Fuchs, C. (2019). Henri Lefebvre's Theory of the Production of Space and the Critical Theory of Communication. *Communication Theory*, 29(2), 129-150. <https://doi.org/10.1093/ct/qty025>
- Gagnon, J., et Simon, W. (1984). Social science and modern society: Sexual scripts. *Society*, 22(1), 53-60. doi: /10.4236/jamp.2017.58127
- Gagnon, J. H., et Simon, W. (2017). *Sexual Conduct : The Social Sources of Human Sexuality* (2e éd.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315129242>
- García-Acosta, J. M., San Juan-Valdivia, R. M., Fernández-Martínez, A. D., Lorenzo-Rocha, N. D., et Castro-Peraza, M. E. (2019). Trans* Pregnancy and Lactation : A Literature Review from a Nursing Perspective. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(1), 44. <https://doi.org/10.3390/ijerph17010044>
- Gato, J., Tasker, F., Shenkman, G., et Leal, D. (2022). What Would It Be Like to Be a Parent? Exploring the Role of Sexual Orientation and Culture on Perceptions of Parenthood in the Future. *Sexuality Research and Social Policy*, 19(4), 1611-1623. <https://doi.org/10.1007/s13178-022-00712->
- Gedzyk-Nieman, S. A., et McMillian-Bohler, J. (2022). Inclusive Care for Birthing Transgender Men : A Review of the Literature. *Journal of Midwifery et Women's Health*, 67(5), 561-568. <https://doi.org/10.1111/jmwh.13397>
- Giffney, N., et O'Rourke, M. (2009). *The Ashgate Research Companion to Queer Theory*. Ashgate.

- Gilmour, H. (2019). *Sexual orientation and complete mental health*. Health Reports, Statistics Canada, 30(11), 3-10.
- Goldberg, L. (2005). Understanding Lesbian Experience. *AWHONN Lifelines*, 9(6), 463-467. <https://doi.org/10.1177/1091592305285271>
- Goldberg, A. E., Allen, K. R., Ellawala, T., et Ross, L. E. (2018). Male-Partnered Bisexual Women's Perceptions of Disclosing Sexual Orientation to Family Across the Transition to Parenthood : Intensifying Heteronormativity or Queering Family? *Journal of Marital and Family Therapy*, 44(1), 150-164. <https://doi.org/10.1111/jmft.12242>
- Goldberg, A. E., Moyer, A. M., Kinkler, L. A., et Richardson, H. B. (2012). "When You're Sitting on the Fence, Hope's the Hardest Part" : Challenges and Experiences of Heterosexual and Same-Sex Couples Adopting Through the Child Welfare System. *Adoption Quarterly*, 15(4), 288-315. <https://doi.org/10.1080/10926755.2012.731032>
- Goldberg, A. E., et Smith, J. Z. (2014). Predictors of parenting stress in lesbian, gay, and heterosexual adoptive parents during early parenthood. *Journal of Family Psychology*, 28(2), 125-137. <https://doi.org/10.1037/a0036007>
- Goldberg, A. E., Ross, L. E., Manley, M. H., et Mohr, J. J. (2017). Male-partnered sexual minority women: Sexual identity disclosure to health care providers during the perinatal period. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 4(1), 105–114. <https://doi.org/10.1037/sgd0000215>
- Goldberg, A. E., Smith, J. Z., et Kashy, D. A. (2010). Preadoptive factors predicting lesbian, gay, and heterosexual couples' relationship quality across the transition to adoptive parenthood. *Journal of Family Psychology*, 24(3), 221-232. <https://doi.org/10.1037/a0019615>
- Goldhammer, H., Maston, E. D., Kissock, L. A., Davis, J. A., et Keuroghlian, A. S. (2018). National Findings from an LGBT Healthcare

Organizational Needs Assessment. *LGBT Health*, 5(8), 461-468.

<https://doi.org/10.1089/lgbt.2018.0118>

Government of Manitoba. (2020). La commission des droits de la personne du Manitoba.

<http://www.manitobahumanrights.ca/v1/index.fr.html>

Greenfeld, D. A., et Seli, E. (2016). Same-sex reproduction : Medical treatment options and psychosocial considerations. *Current Opinion in Obstetrics et Gynecology*, 28(3),

202-205. <https://doi.org/10.1097/GCO.0000000000000266>

Griggs, K. M., Waddill, C. B., Bice, A., et Ward, N. (2021). Care During Pregnancy, Childbirth, Postpartum, and Human Milk Feeding for Individuals Who Identify as LGBTQ+. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 46(1), 43-53.

<https://doi.org/10.1097/NMC.0000000000000675>

Guba, E. G., et Lincoln, Y. A. S. (1994). Competing Paradigms in Qualitative Research.

Hallström, S., Grundström ,Hanna, Malmquist ,Anna, Eklind ,Matilda, et and Nieminen,

K. (2022). Fear of childbirth and mental health among lesbian, bisexual, transgender and queer people : A cross-sectional study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics et Gynecology*, 43(4), 526-531. <https://doi.org/10.1080/0167482X.2022.2089555>

Hammond, C. (2014, juillet 2). Exploring same sex couples' experiences of maternity care. *British Journal Of Midwifery*.

<https://www.britishjournalofmidwifery.com/content/research/exploring-same-sex-couples-experiences-of-maternity-care/>

Hartrick Doane, G., et Varcoe, C. (2015). *How to nurse: Relational inquiry with individuals and families in changing health and health care contexts*. Wolters Kluwer

Heidegger, M. (2008). *Être et temps* (F. Veizin, Trans.). Gallimard. (Original work published 1927)

- Hétéronormativité ou hétérocentrisme | SOS homophobie. (s. d.). Consulté 10 janvier 2025, à l'adresse <https://www.sos-homophobie.org/informer/definitions/heteronormativite-ou-heterocentrisme>
- Higgins, J. A., Carpenter, E., Everett, B. G., Greene, M. Z., Haider, S., et Hendrick, C. E. (2019). Sexual Minority Women and Contraceptive Use : Complex Pathways Between Sexual Orientation and Health Outcomes. *American Journal of Public Health*, 109(12), 1680-1686. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2019.305211>
- Hill Collins, P. (2019). Intersectionality as critical social theory. Duke University press.
- Hirsch, J. S., et Khan, S. (2020). *Sexual Citizens: A Landmark Study of Sex, Power, and Assault on Campus*. W. W. Norton & Company.
- Hoffkling, A., Obedin-Maliver, J., et Sevelius, J. (2017). From erasure to opportunity : A qualitative study of the experiences of transgender men around pregnancy and recommendations for providers. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(S2), 332. <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1491-5>
- Holland, S. (2019). Constructing queer mother-knowledge and negotiating medical authority in online lesbian pregnancy journals. *Sociology of Health et Illness*, 41(1), 52-66. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.12782>
- Holmes, D., et Gastaldo, D. (2004). Rhizomatic thought in nursing : An alternative path for the development of the discipline. *Nursing Philosophy: An International Journal for Healthcare Professionals*, 5(3), 258-267. <https://doi.org/10.1111/j.1466-769X.2004.00184.x>
- Holmes, D., Murray., S., Perron., A., Rail., G. (2006). Deconstructing the evidenced-based discourse in health sciences: truth, power and fascism. *Integrative Journal of Evidenced-Based Healthcare*. 4: 180-186. <https://doi.org/10.1111/j.1479-6988.2006.00041.x>

Hulko, W. (2009). The Time- and Context-Contingent Nature of Intersectionality and Interlocking Oppressions. *Affilia*, 24(1), 44-55.

<https://doi.org/10.1177/0886109908326814>

Hulko, W., et Hovanes, J. (2018). Intersectionality in the Lives of LGBTQ Youth : Identifying as LGBTQ and Finding Community in Small Cities and Rural Towns. *Journal of Homosexuality*, 65(4), 427-455.

<https://doi.org/10.1080/00918369.2017.1320169>

Husserl, E. (1953). *Méditations cartésiennes: Introduction à la phénoménologie*. PUF.

Husserl, E. (1970). *The crisis of European sciences and transcendental phenomenology* Northwestern University Press.

Jagose, A. (2010). *Queer Theory: An Introduction*. NYU Press.

James, A. H., Carrier, J., et Watkins, D. (2021). Nursing must respond for social justice in this 'perfect storm'. *Journal of Advanced Nursing*, 77(11).

<https://doi.org/10.1111/jan.14957>

Januwalla, A. A., Goldberg, A. E., Flanders, C. E., Yudin, M. H., et Ross, L. E. (2019). Reproductive and Pregnancy Experiences of Diverse Sexual Minority Women : A Descriptive Exploratory Study. *Maternal and Child Health Journal*, 23(8), 1071-1078.

<https://doi.org/10.1007/s10995-019-02741-4>

Jarrin, O., (2012). The integrality of situating caring in nursing and the environment.

Advances in Nursing Science. 33(1) 14-24.

<https://doi.org/10.1097/ANS.0b013e3182433b89>

Jones, A., et Avantay Strus, J. (2022). Developing Nursing Geography with an Ecological Lens. *Witness: The Canadian Journal of Critical Nursing Discourse*, 4(2), 31-41. <https://doi.org/10.25071/2291-5796.13>

- Jones, C. A., Reiter, L., et Greenblatt, E. (2016). Fertility preservation in transgender patients. *International Journal of Transgenderism*, 17(2), 76-82.
<https://doi.org/10.1080/15532739.2016.1153992>
- Juntereal, N. A., et Spatz, D. L. (2019). Same-Sex Mothers and Lactation. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 44(3), 164-169.
<https://doi.org/10.1097/NMC.0000000000000519>
- Katz, J. N. (2007). *The Invention of Heterosexuality*. University of Chicago Press.
- Kazyak, E., Park, N., McQuillan, J., et Greil, A. L. (2016). Attitudes Toward Motherhood Among Sexual Minority Women in the United States. *Journal of Family Issues*, 37(13), 1771-1796. <https://doi.org/10.1177/0192513X14554396>
- Kerppola, J., Halme, N., Perälä, M., et Maija-Pietilä, A. (2019). Parental empowerment—Lesbian, gay, bisexual, trans or queer parents' perceptions of maternity and child healthcare. *International Journal of Nursing Practice*, 25(5), e12755.
<https://doi.org/10.1111/ijn.12755>
- Kerppola, J., Halme, N., Perälä, M.-L., et Maija-Pietilä, A. (2020). Empowering LGBTQ parents : How to improve maternity services and child healthcare settings for this community – ‘She told us that we are good as a family’. *Nordic Journal of Nursing Research*, 40(1), 41-51. <https://doi.org/10.1177/2057158519865844>
- Khajehei, M. (2016). Parenting challenges and parents' intimate relationships. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 26(5), 447-451.
<https://doi.org/10.1080/10911359.2015.1083509>
- Klittmark, S., Malmquist, A., Karlsson, G., Ulfsdotter, A., Grundström, H., et Nieminen, K. (2023). When complications arise during birth : LGBTQ people's experiences of care. *Midwifery*, 121, 103649. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2023.103649>
- Kneale, D., et Bécares, L. (2021). Discrimination as a predictor of poor mental health among LGBTQ+ people during the COVID-19 pandemic : Cross-sectional analysis of

the online Queerantime study. *BMJ Open*, 11(6), e049405.

<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-049405>

Kovach, M. (2009). *Indigenous Methodologies: Characteristics, Conversations, and Contexts*. University of Toronto Press.

Kracht, C. L., Blanchard, C. M., Symons Downs, D., Beauchamp, M. R., et Rhodes, R. E. (2024). New parents' sleep, movement, health, and well-being across the postpartum period. *Behavioral Sleep Medicine*, 22(5), 636-649.

<https://doi.org/10.1080/15402002.2024.2339815>

Krempasky, C., Harris, M., Abern, L., et Grimstad, F. (2020). Contraception across the transmasculine spectrum. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 222(2), 134-143. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2019.07.043>

Kulik, L. (2025). Working and Studying Israeli Parents : Experiences in Multiple Role Interfaces. *International Journal for the Advancement of Counselling*.

<https://doi.org/10.1007/s10447-025-09605-3>

Lacaze-Masmonteil, T., Leis, A., Lauriol, E., Normandeau, J., Moreau, D., Bouchard, L., & Vaillancourt, C. (2013). Perception du contexte linguistique et culturel minoritaire sur le vécu de la grossesse [Perception of the linguistic and cultural context minority on the lived experiences of pregnancy]. *Canadian journal of public health = Revue canadienne de sante publique*, 104(6 Suppl 1), S65–S70.

<https://doi.org/10.17269/cjph.104.3515>

Landry, J., et Kensler, P. (2019). Providing Culturally Sensitive Care to Women Who Are in the Sexual Minority or Are Gender Nonconforming. *Nursing for Women's Health*, 23(2), 163-171. <https://doi.org/10.1016/j.nwh.2019.01.007>

Leary-Owhin, M. E. (2015). A fresh look at Lefebvre's spatial triad and differential space : A central place in planning theory? <https://doi.org/10.13140/RG.2.1.2368.8406>

Lefebvre, H. (2013). *The production of space* (33. print). Blackwell Publishing.

- Light, A. D., Obedin-Maliver, J., Sevelius, J. M., et Kerns, J. L. (2014). Transgender men who experienced pregnancy after female-to-male gender transitioning. *Obstetrics & Gynecology*, 124(6), 1120-1127. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000000540>
- Light, A., Wang, L.-F., Zeymo, A., et Gomez-Lobo, V. (2018). Family planning and contraception use in transgender men. *Contraception*, 98(4), 266-269. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2018.06.006>
- Liu, C., Underhill, K., Aubey, J. J., Samari, G., Allen, H. L., et Daw, J. R. (2024). Disparities in Mistreatment During Childbirth. *JAMA Network Open*, 7(4), e244873. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.4873>
- Loi sur la procréation assistée, Pub. L. No. S.C. 2004. ch. 2 (2004). <http://lois-laws.justice.gc.ca/>
- Lowdermilk, D. L. (Éd.). (2024). *Maternity et women's health care* (13th edition). Elsevier.
- Lupton, D. (2013). *Risk* (2nd ed). Routledge.
- MacDonald, T. K. (2019). Lactation Care for Transgender and Non-Binary Patients : Empowering Clients and Avoiding Aversives. *Journal of Human Lactation*, 35(2), 223-226. <https://doi.org/10.1177/0890334419830989>
- MacDonald, T., Noel-Weiss, J., West, D., Walks, M., Biener, M., Kibbe, A., et Myler, E. (2016). Transmasculine individuals' experiences with lactation, chestfeeding, and gender identity : A qualitative study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 16(1), 106. <https://doi.org/10.1186/s12884-016-0907-y>
- MacLean, L. R.-D. (2021). Preconception, Pregnancy, Birthing, and Lactation Needs of Transgender Men. *Nursing for Women's Health*, 25(2), 129-138. <https://doi.org/10.1016/j.nwh.2021.01.006>

- Mälkki, K. (2010). Building on Mezirow's Theory of Transformative Learning : Theorizing the Challenges to Reflection. *Journal of Transformative Education*, 8(1), 42-62.
<https://doi.org/10.1177/1541344611403315>
- Malmquist, A., Jonsson, L., Wikström, J., et Nieminen, K. (2019). Minority stress adds an additional layer to fear of childbirth in lesbian and bisexual women, and transgender people. *Midwifery*, 79, 102551. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.102551>
- Malmquist, A., Wikström, J., Jonsson, L., et Nieminen, K. (2021). How norms concerning maternity, femininity and cisgender increase stress among lesbians, bisexual women and transgender people with a fear of childbirth. *Midwifery*, 93, 102888.
<https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102888>
- Manley, M. H., Legge, M. M., Flanders, C. E., Goldberg, A. E., et Ross, L. E. (2018). Consensual Nonmonogamy in Pregnancy and Parenthood : Experiences of Bisexual and Plurisexual Women With Different-Gender Partners. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 44(8), 721-736. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2018.1462277>
- Massey, D. (2005). *For space*. SAGE Publications.
- Maxwell, S., Noyes, N., Keefe, D., Berkeley, A. S., et Goldman, K. N. (2017). Pregnancy Outcomes After Fertility Preservation in Transgender Men. *Obstetrics et Gynecology*, 129(6), 1031-1034. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000002036>
- McCann, E., et Brown, M. (2018). The inclusion of LGBT+ health issues within undergraduate healthcare education and professional training programmes : A systematic review. *Nurse Education Today*, 64, 204-214.
<https://doi.org/10.1016/j.nedt.2018.02.028>
- McManus, A. J., Hunter, L. P., et Renn, H. (2006). Lesbian Experiences and Needs During Childbirth : Guidance for Health Care Providers. *Journal of Obstetric, Gynecologic et Neonatal Nursing*, 35(1), 13-23. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2006.00008.x>

- McMillian-Bohler, J., Gedzyk-Neiman, S., Hepler, B., May, J. T., et Koch, A. (2022). The Power of a Story : Enhancing Students' Empathy for Transgender Pregnant Men. *Journal of Nursing Education*, 61(8), 489-492. <https://doi.org/10.3928/01484834-20220602-11>
- Mcquillan, J., Greil, A. L., Shreffler, K. M., et Tichenor, V. (2008). The Importance of Motherhood Among Women in the Contemporary United States. *Gender et Society*, 22(4), 477-496. <https://doi.org/10.1177/0891243208319359>
- Meleis, A. I. (2018). *Theoretical nursing : Development and progress* (6. Auflage). Wolters Kluwer.
- Merleau-Ponty, M. (1996). *Phénoménologie de la perception*. Gallimard
- Meyer, I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin*, 129(5), 674–697. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.5.674>
- Mill, J. E., Allen, M. N., et Morrow, R. A. (2001). Critical Theory : Critical Methodology to Disciplinary Foundations in Nursing. *Canadian Journal of Nursing Research Archive*. <https://cjr.archive.mcgill.ca/article/view/1638>
- Monaghan, J., Steenbeek, A., Snelgrove-Clarke, E., et Langille, D. (2019). Self-rated health and health service use among bisexual female undergraduate students on Canadian Maritime campuses. *Journal of American College Health: J of ACH*, 67(6), 592-601. <https://doi.org/10.1080/07448481.2018.1499653>
- Moreau, D., Polomeno, V., Tourigny, J., Soulière, M., Lafontaine, M.-F., Ranger, M.-C., Sawadogo, M., et De Pierrepont, C. (2019). Une enquête descriptive quantitative sur la transition à la parentalité. Portrait de familles francophones vivant en situation linguistique minoritaire dans la grande région d'Ottawa (Ontario, Canada). *Revue Francophone Internationale de Recherche Infirmière*, 5(3), S2352802819300602. <https://doi.org/10.1016/j.refiri.2019.05.002>

- Morse, J. M., Barrett, M., Mayan, M., Olson, K., et Spiers, J. (2002). Verification Strategies for Establishing Reliability and Validity in Qualitative Research. *International Journal of Qualitative Methods*, 1(2), 13-22.
<https://doi.org/10.1177/160940690200100202>
- Murphy, F., Rosser, M., Bevan, R., Warner, G., et Jordan, S. (2012). Nursing students' experiences and preferences regarding hospital and community placements. *Nurse Education in Practice*, 12(3), 170-175. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2011.12.007>
- Nadal, K. L. (2013). *That's so gay! Microaggressions and the lesbian, gay, bisexual, and transgender community*. American Psychological Association.
- Nash, C. J. (2010). Queer conversations: Old-time lesbians, transmen and the politics of research. Dans K. Browne et C. J. Nash (Eds.), *Queer Methods and Methodologies: Intersecting Queer Theories and Social Science Research* (pp. 129–142). Ashgate. <https://doi.org/10.4324/9781315603223-9>Nicolazzo, Z. (2021). *Trans in College: Transgender Students' Strategies for Navigating Campus Life and the Institutional Politics of Inclusion**. Stylus.
- Ontario Human Rights Commission. (2007). *Policy Guidelines for Discrimination Based on Family Status*. https://www3.ohrc.on.ca/en/policy-and-guidelines-discrimination-because-family-status/iv-relationship-between-family-status?utm_source=chatgpt.com
- O'Reilly, M., et Kiyimba, N. (2015). *Advanced qualitative research : A guide to using theory* (1. publ). SAGE Publ.
- Organisme Mondial de la santé. (2010). *Sexual and Reproductive Health*. http://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en/

- Pachankis, J. E., Cochran, S. D., et Mays, V. M. (2015). The mental health of sexual minority adults in and out of the closet : A population-based study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83(5), 890-901.
<https://doi.org/10.1037/ccp0000047>
- Pallotta-Chiarolli, M. (2010). *Border Sexualities, Border Families in Schools*. Rowman et Littlefield Publishers.
- Payne, J. G., et Erbenius, T. (2018). Conceptions of transgender parenthood in fertility care and family planning in Sweden : From reproductive rights to concrete practices. *Anthropology et Medicine*, 25(3), 329-343.
<https://doi.org/10.1080/13648470.2018.1507485>
- Pinto, T. M., Míguez, M. C., et Figueiredo, B. (2023). Couple's Relationship during the Transition to Parenthood and Toddler's Emotional and Behavioral Problems. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(1), 882.
<https://doi.org/10.3390/ijerph20010882>
- Polomeno. (2014). The teaching of conjugal vulnerability during the transition to parenthood. *International Journal of Childbirth Education*.
- Polomeno, V. (2000). Sex and Pregnancy : A Perinatal Educator's Guide. *Journal of Perinatal Education*, 9(4), 15-27. <https://doi.org/10.1624/105812400X87879>
- Polomeno, V. (2007). Marriage, parenthood and divorce : Understanding the past as we move into the future. *International Journal of Childbirth Education*, 13-19.
- Polomeno, V. (2011). Men's sexuality in the perinatal period : What do perinatal educators need to know? *International Journal of Childbirth Education*, 35-39.
- Polomeno, V. (2013). A couples' approach to teaching of conjugal intimacy during the transition to parenthood. *International Journal of Childbirth Education*, 35-40.

- Prada, K., De Moissac, D., et Gueye, N. D. (2021). Des Nôtres : *Une analyse de besoin des personnes LGBTQ2S d'expression française au Manitoba* (No. 1). Collectif LGBTQ* du Manitoba. <https://collectiflgbtq.ca/Des%20n%C3%B4tres%20-%20RAPPORT-FINAL%20-%20WEB.pdf>
- Prada, K., De Moissac, D., Gueye, N. R., Hardy, S., et Avanthay-Strus, J. (2023). Living in a liminal space : Experiences of 2SLGBTQ + official language minority Canadians during the COVID-19 pandemic. *Culture, Health & Sexuality*, 25(11), 1465-1482. <https://doi.org/10.1080/13691058.2022.2160016>
- Price, S., McManus, J., et Barrett, J. (2019). The transgender population : Improving awareness for gynaecologists and their role in the provision of care. *The Obstetrician et Gynaecologist*, 21(1), 11-20. <https://doi.org/10.1111/tog.12521>
- Primeau, C. A., Philpott, H. T., Vader, K., Unger, J., Le, C. Y., Birmingham, T. B., et MacDermid, J. C. (2023). Knowledge, behaviours, and training related to 2ELGBTQIA+ health education amongst entry-level physiotherapy students in Canada : Results of a nationwide, cross-sectional survey. *BMC Medical Education*, 23(1), 519. <https://doi.org/10.1186/s12909-023-04499-4>
- Rauch-Anderegg, V., Kuhn, R., Milek, A., Halford, W. K., et Bodenmann, G. (2020). Relationship behaviors across the transition to parenthood. *Journal of Family Issues*, 41(4), 483-506. <https://doi.org/10.1177/0192513X19878864>
- Reed, S. J., Miller, R. L., et Timm, T. (2011). Identity and Agency : The Meaning and Value of Pregnancy for Young Black Lesbians. *Psychology of Women Quarterly*, 35(4), 571-581. <https://doi.org/10.1177/0361684311417401>
- Reed, S. J., Miller, R. L., Valenti, M. T., et Timm, T. M. (2011). Good gay females and babies' daddies : Black lesbian community norms and the acceptability of pregnancy. *Culture, Health et Sexuality*, 13(7), 751-765. <https://doi.org/10.1080/13691058.2011.571291>

- Ren, X., Cai, Y., Wang, J., et Chen, O. (2024). A systematic review of parental burnout and related factors among parents. *BMC Public Health*, 24(1), 376.
<https://doi.org/10.1186/s12889-024-17829-y>
- Reynolds, J., et Beresford, R. (2020). "An active, productive life": Narratives of, and through, participation in public and patient involvement in health research. *Qualitative Health Research*, 30(14), 2265-2277. <https://doi.org/10.1177/1049732320961053>
- Richards, D. P., Jordan, I., Strain, K., et Press, Z. (2020). Patients as partners in research: How to talk about compensation with patient partners. *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy*, 50(8), 413-414.
<https://doi.org/10.2519/jospt.2020.0106>
- Richardson, B., Price, S., et Campbell-Yeo, M. (2019). Redefining perinatal experience : A philosophical exploration of a hypothetical case of gender diversity in labour and birth. *Journal of Clinical Nursing*, 28(3-4), 703-710. <https://doi.org/10.1111/jocn.14521>
- Rodney, P., Street, A., et Phillips, J. (2013). Health equity and distributive justice considerations in critical nursing ethics. In P. Rodney & A. Street (Eds.), *Moral climates, moral distress, and the threat to moral agency* (pp. 65–80). Canadian Scholars' Press.
- Ross, L. E., Goldberg, A. E., Tarasoff, L. A., et Guo, C. (2018). Perceptions of partner support among pregnant plurisexual women : A qualitative study. *Sexual and Relationship Therapy*, 33(1-2), 59-78.
<https://doi.org/10.1080/14681994.2017.1419562>
- Ross, L. E., Manley, M. H., Goldberg, A. E., Januwalla, A., Williams, K., et Flanders, C. E. (2017). Characterizing non-monosexual women at risk for poor mental health outcomes : A mixed methods study. *Canadian Journal of Public Health*, 108(3), e296-e305. <https://doi.org/10.17269/CJPH.108.5884>

- Rossi, L. (1989). Parents. In *Families in transition : Rethinking marriage, sexuality, childrearing and family organization* (p. 420-430). Scott, Foresman & Co.
- Roxberg, Å., Tryselius, K., Gren, M., Lindahl, B., Werkander Harståde, C., Silverglow, A., Nolbeck, K., James, F., Carlsson, I.-M., Olausson, S., Nordin, S., et Wijk, H. (2020). Space and place for health and care. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 15(sup1), 1750263.
<https://doi.org/10.1080/17482631.2020.1750263>
- Russomanno, J., Patterson, J. G., et Jabson Tree, J. M. (2019). Social media recruitment of marginalized, hard-to-reach populations: Development of recruitment and monitoring guidelines. *JMIR Public Health and Surveillance*, 5(4), e14886.
<https://doi.org/10.2196/14886>
- R. v. Labaye (2005). 3 SCR 728. Retrieved from: https://scc-csc.lexum.com/scc-csc/scc-csc/en/item/2263/index.do?r=AAAAAQAMUi4gYy4gTGFiYXIIAAAAAAE&site_prefere_nce=normal
- Saadat, M., Keramat, A., Jahanfar, S., Nazari, A. M., Ranjbar, H., et Motaghi, Z. (2024). Barriers and facilitators to accessing sexual and reproductive health services among transgender people : A Meta-Synthesis. *International Journal of Social Determinants of Health and Health Services*, 54(1), 40-51.
<https://doi.org/10.1177/27551938231187863>
- Sanders, J., et Munford, R. (2017). Hidden in plain view: Finding and enhancing the participation of marginalized young people in research. *International Journal of Qualitative Methods*, 16(1), 160940691770476.
<https://doi.org/10.1177/1609406917704765>
- Schnarch, B. (2004). Ownership, Control, Access, and Possession (OCAP) or self-determination applied to research : A critical analysis of contemporary First Nations

- research and some options for First Nations communities. *International Journal of Indigenous Health*, 1(1), Art. 1. <https://doi.org/10.3138/ijih.v1i1.28934>
- Schwartz, S. R., et Baral, S. (2015). Fertility-related research needs among women at the margins. *Reproductive Health Matters*, 23(45), 30-46.
<https://doi.org/10.1016/j.rhm.2015.06.006>
- Searle, J. (2019). Queer Phenomenology, the Disruption of Heteronormativity, and Structurally Responsive Care. *Advances in Nursing Science*, 42(2), 109-122.
<https://doi.org/10.1097/ANS.0000000000000258>
- Sheff, E., et and Hammers, C. (2011). The privilege of perversities : Race, class and education among polyamorists and kinksters. *Psychology et Sexuality*, 2(3), 198-223.
<https://doi.org/10.1080/19419899.2010.537674>
- Shelley-Sireci, L. M., et Ciano-Boyce, C. (2002). Becoming Lesbian Adoptive Parents : An Exploratory Study of Lesbian Adoptive, Lesbian Birth, and Heterosexual Adoptive Parents. *Adoption Quarterly*, 6(1), 33-43. https://doi.org/10.1300/J145v06n01_04
- Shields, L., Zappia, T., Blackwood, D., Watkins, R., Wardrop, J., et Chapman, R. (2012). Lesbian, gay, bisexual, and transgender parents seeking health care for their children : A systematic review of the literature. In Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE) : Quality-assessed Reviews [Internet]. *Centre for Reviews and Dissemination* (UK). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK132120/>
- Sibley, D. A. (1995). *Geographies of exclusion : Society and difference in the west*. Routledge
- Simsek, A. (2012). *Transformational Learning*. In N. M. Seel (Éd.), *Encyclopedia of the Sciences of Learning* (p. 3341-3344). Springer US. https://doi.org/10.1007/978-1-4419-1428-6_373
- Smith, J., Flowers, P., et Larkins, M. (2022). *Interpretative phenomenological analysis : Theory, method and research* (2nd Edition). SAGE.

- Soja, E. W. (1996). *Thirdspace: Journeys to Los Angeles and other real-and-imagined places*. Blackwell.
- Soja, E. W. (2010). *Seeking spatial justice*. University of Minnesota Press.
- Snell-Rood, C., Jaramillo, E. T., Hamilton, A. B., Raskin, S. E., Nicosia, F. M., et Willging, C. (2021). Advancing health equity through a theoretically critical implementation science. *Translational Behavioral Medicine*, 11(8), 1617-1625. <https://doi.org/10.1093/tbm/ibab008>
- Snow, M. E., Tweedie, K., et Pederson, A. (2018). Heard and valued: The development of a model to meaningfully engage marginalized populations in health services planning. *BMC Health Services Research*, 18(1), 181. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-2969-1>
- Srinivasan, S., Goldhammer, H., Charlton, B. M., McKenney, T., et Keuroghlian, A. S. (2024). Addressing Gaps in Access to LGBTQIA + Health Education Resources : A Novel E-Learning Platform. *Journal of Medical Education and Curricular Development*, 11, 23821205241262212. <https://doi.org/10.1177/23821205241262212>
- Standing Committee on Health. (2019). *The health of LGBTQIA2 communities in Canada*. Government of Canada.
- Sung, S., Jiang, H., Chen, R., et Chao, J. (2016). Bridging the gap in sexual healthcare in nursing practice : Implementing a sexual healthcare training programme to improve outcomes. *Journal of Clinical Nursing*, 25(19-20), 2989-3000. <https://doi.org/10.1111/jocn.13441>
- Taylor, K., Coulombe, S., Coleman, T. A., Cameron, R., Davis, C., Wilson, C. L., Woodford, M. R., et Travers, R. (2022). Social support, discrimination, and self-esteem in LGBTQ + high school and post-secondary students. *Journal of LGBT Youth*, 19(3), 350–374. <https://doi.org/10.1080/19361653.2020.1812465>

- The Trans PULSE Canada Team (2020). *Health and health care access for trans and non-binary people in Canada*.: <https://transpulsecanada.ca/research-type/reports>
- Thorne, S. (2016). *Interpretive description: Qualitative research for applied practice* (2nd ed.). Routledge.
- Tracy, S. J. (2010). Qualitative Quality : Eight “Big-Tent” Criteria for Excellent Qualitative Research. *Qualitative Inquiry*, 16(10), 837-851.
<https://doi.org/10.1177/1077800410383121>
- Tuck, E., et Yang, K. W. (2014). Unbecoming Claims : Pedagogies of Refusal in Qualitative Research. *Qualitative Inquiry*, 20(6), 811-818.
<https://doi.org/10.1177/1077800414530265>
- Turban, J. L., Dolotina, B., Freitag, T. M., King, D., et Keuroghlian, A. S. (2023). Age of Realization and Disclosure of Gender Identity Among Transgender Adults. *Journal of Adolescent Health*, 72(6), 852-859. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2023.01.023>
- Von Sydow, K. (1999). Sexuality during pregnancy and after childbirth. *Journal of Psychosomatic Research*, 47(1), 27-49. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(98\)00106-8](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(98)00106-8)
- Voultzos, P., Zymvragou, C.-E., Karakasi, M.-V., et Pavlidis, P. (2021). A qualitative study examining transgender people’s attitudes towards having a child to whom they are genetically related and pursuing fertility treatments in Greece. *BMC Public Health*, 21(1), 378. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-10422-7>
- Walls, N. E., Kattari, S. K., et DeChants, J. (2018). Transmasculine Spectrum Parenting : Beyond a Gendered Fatherhood. *Social Work Research*, 42(3), 223-236.
<https://doi.org/10.1093/swr/svy020>
- Warner, M. (1991). Introduction: Fear of a queer planet. *Social Text*, (29), 3-17.

- Weaver, K., et Olson, J. K. (2006). Understanding paradigms used for nursing research. *Journal of Advanced Nursing*, 53(4), 459-469. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.03740.x>
- White, G. (2007). You cope by breaking down in private : Fathers and PTSD following childbirth. *British Journal of Midwifery*, 15(1), 39-45. <https://doi.org/10.12968/bjom.2007.15.1.22679>
- Williford, A. P., Calkins, S. D., & Keane, S. P. (2007). Predicting change in parenting stress across early childhood : Child and maternal factors. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35(2), 251-263. <https://doi.org/10.1007/s10802-006-9082-3>
- Wilson, E., Perrin, M. T., Fogleman, A., et Chetwynd, E. (2015). The Intricacies of Induced Lactation for Same-Sex Mothers of an Adopted Child. *Journal of Human Lactation*, 31(1), 64-67. <https://doi.org/10.1177/0890334414553934>
- Wittig, M. (1992). *The straight mind*. Beacon Press.
- Wolfe-Roubatis, E., et Spatz, D. L. (2015). Transgender Men and Lactation : What Nurses Need to Know. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 40(1), 32-38. <https://doi.org/10.1097/NMC.0000000000000097>
- Woodward, B. J., et Norton, W. J. (2006). Lesbian intra-partner oocyte donation: A possible shake-up in the Garden of Eden? *Human Fertility*, 9(4), 217-222. <https://doi.org/10.1080/14647270600787302>
- World Association for Sexual Health. (2005). *Declaration of Sexual Rights*. World Association for Sexual Health. <http://www.worldsexology.org/wp-content/uploads/2013/08/montreal-declaration.pdf>
- World Association of Sexual Health. (2014). *WAS Declaration of Sexual Rights*,. http://www.worldsexology.org/wp-content/uploads/2013/08/declaration_of_sexual_rights_sep03_2014.pdf

- Wright, A., Butt, M., Valerio, C., Ahmed, O., Russel, R. Ferron, E. (2024) The experiences of gender and sexually diverse parents using support and services for their young children: An integrative review. *Journal of Clinical Nursing*. 33:2476–2495 <https://doi.org/10.1111/jocn.17036>
- Wykes, K. A. (2012). Fertility services for same-sex couples : Policy and practice. *British Journal of Nursing*, 21(14), 871-875. <https://doi.org/10.12968/bjon.2012.21.14.871>
- Yu, H., Flores, D. D., Bonett, S., et Bauermeister, J. A. (2023). LGBTQ + cultural competency training for health professionals : A systematic review. *BMC Medical Education*, 23(1), 558. <https://doi.org/10.1186/s12909-023-04373-3>
- Zheng, L. R., Naurin, E., Markstedt, E., Olander, P., Linden, K., Sengpiel, V., Stolle, D., et Elden, H. (2022). Expectant parents' emotions evoked by pregnancy : A longitudinal dyadic analysis of couples in the Swedish Pregnancy Panel. *Social Science & Medicine*, 312, 115362. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2022.115362>

Annexe 1
Déclaration des droits sexuels
(adapté par le World Association for Sexual Health, 2024)

1. Le droit à la liberté sexuelle.
2. Le droit à l'autonomie sexuelle, à l'intégrité sexuelle et à la sécurité du corps sexuel.
3. Le droit à la vie privée sexuelle.
4. Le droit à l'équité sexuelle.
5. Le droit au plaisir sexuel.
6. Le droit à l'expression sexuelle émotionnelle.
7. Le droit de s'associer librement sur le plan sexuel.
8. Le droit de faire des choix reproductifs libres et responsables.
9. Le droit à l'information sexuelle basée sur la recherche scientifique.
10. Le droit à une éducation complète à la sexualité.
11. Le droit aux soins de santé sexuelle.

Annexe 2 Guide d'entrevue

Section 1. Transition à la parentalité

- 1) Parlez-moi de votre projet en regard de la parentalité?
 - Obstacles?
 - Facteurs facilitants?
- 2) Parlez-moi de votre expérience une fois que vous avez obtenu la garde de votre enfant.
 - Obstacles
 - Facteurs facilitants

Section 2. Identités multiples

- 3) Parlez-moi de votre cheminement identitaire avant et après la transition à la parentalité
 - Sexualité
 - Genre
 - Corps
 - Sécurité
 - Accès et opportunités
 - Réseau de soutien
- 4) Parlez-moi de l'influence de vos identités multiples sur votre style parental.

Section 3. Conciliation de rôles

- 5) Parlez-moi de votre quotidien.
 - Garde d'enfants
 - Rôles
 - Tâches ménagères
- 6) Parlez-moi de la conciliation de vos différents rôles (parent, partenaire, et amoureux)?
 - Facteurs facilitants
 - Obstacles
- 7) Pensez aux autres personnes avec une identité sexuelle/du genre et linguistique similaire à la vôtre. D'après vous comment ont-elles été en mesure de concilier leurs identités multiples.

Section 4. Services sociaux et de santé

- 8) Parlez-moi de vos expériences avec les services de santé et sociaux pendant la transition à la parentalité?
- 9) Qu'aimeriez-vous dire aux pourvoyeurs de soins?

Mots de la fin

- 10) Avez-vous d'autres commentaires ou pensées ou expériences que vous désirez partager avec moi?

Annexe 3
Lettre d'appui du Collectif



Bureau d'éthique et de la recherche
Pavillon Tabaret
550, rue Cumberland
Pièce 154
Ottawa, ON
K1N 6N5

Objet : Lettre d'engagement pour le projet de recherche : *Expériences des parents LGBTQ2E* d'expression française vivant en situation linguistique minoritaire lors de la transition à la parentalité*

Winnipeg, le 14 janvier 2022

Madame, Monsieur,

Le *Collectif LGBTQ* du Manitoba* est un organisme sans but lucratif qui a pour mission d'appuyer la santé et le bien-être de la communauté LGBTQ2 d'expression française du Manitoba, tout en s'assurant de la sécurité de celle-ci, tant sur le plan de l'orientation sexuelle et de l'identité de genre que sur le plan linguistique et culturel.

Je suis heureux de confirmer l'appui du Collectif pour le projet de recherche intitulé *Expériences des parents LGBTQ2E* d'expression française vivant en situation linguistique minoritaire lors de la transition à la parentalité* soumis par Jacqueline Avanthay Strus, doctorante à l'École des sciences infirmières à l'Université d'Ottawa.

Ce projet – qui privilégie une approche phénoménologique interprétative et favorise ainsi une communication entre la chercheuse et les membres de la communauté pendant des moments clés de la recherche – a comme objectif de mieux comprendre les expériences

des parents LGBTQ2E+ vivant en situation minoritaire linguistique et s'inscrit dans la foulée d'une [analyse des besoin pluriannuelle](#) que nous réalisons en partenariat avec l'Université de Saint-Boniface et à laquelle Jacqueline Avanthay Strus participe à titre de co-chercheure. Les parents d'expression française du Manitoba qui s'identifient comme membres de la communauté LGBTQ2E seront ciblés pour participer à ce projet qui constitue en même temps la phase III de notre analyse des besoins.

Notre contribution à ce projet sera de faciliter la prise de contact avec les parents d'expression française du Manitoba qui s'identifient comme LGBTQ2E, encourager leur participation à la recherche, appuyer l'intervention et contribuer à la diffusion et à l'application des connaissances à la fin du projet.

Le *Collectif* appuie ce projet car il permettra de cerner les obstacles à la parentalité et surtout les moyens de contourner ou d'atténuer ces derniers, pour les membres de notre communauté LGBTQ2E+.

Veillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Annexe 4
Contenu de l’affiche pour diffusion sur site du Collectif

Faites-vous partie de la communauté LGBTQ2E* du Manitoba?

Parlez-vous français?

Êtes-vous parent ou désirez-vous l’être?

Aimeriez-vous partager votre expérience en lien avec la parentalité?

Je conduis une recherche qui vise à mieux comprendre l’expérience des parents
LGBTQ2E* d’expression française, vivant en situation linguistique minoritaire lors de
la transition à la parentalité.

Pour obtenir plus d’informations ou pour participer SVP contacter :

Jacqueline/Jack Avanthay Strus (they/them/iel), Inf, PhD (c)

École des sciences infirmières, Université d’Ottawa

Annexe 5

Lettre d'invitation

Expériences des parents LGBTQ2E* d'expression française vivant en situation linguistique minoritaire lors de la transition à la parentalité

Je viens vers vous puisque vous êtes un parent (ou vous le désirez) habitant en situation linguistique minoritaire qui fait partie de la communauté LGBTQ2E* du Manitoba. Nous conduisons une recherche qui explore vos expériences pendant la transition à la parentalité.

Contexte

Plusieurs recherches ont été publiées sur la transition à la parentalité. La transition à la parentalité est un événement de vie majeur qui peut débuter avant même la conception d'un enfant et s'étendre sur plusieurs mois, voire sur des années après la naissance de l'enfant (conception; période périnatale, anténatale et postnatale; allaitement). Les infirmières sont les pourvoyeuses de soins qui sont au premier plan pendant la transition à la parentalité. Cependant, les infirmières ne sont pas nécessairement confortables avec certaines questions liées à la sexualité et reçoivent peu ou pas de formation quant aux minorités sexuelles. Il n'existe aucune recherche qui explore les expériences des parents LGBTQ2E* d'expression française vivant en situation linguistique minoritaire lors de la transition à la parentalité.

But

Le but de cette recherche qualitative est d'explorer les expériences des parents LGBTQ2E* d'expression française vivant en situation linguistique minoritaire lors de la transition à la parentalité.

Participation

Si vous acceptez de participer à la recherche, vous devez compléter le questionnaire sociodémographique en ligne ou sur papier. Le fait de compléter le questionnaire indique que vous consentez à participer à cette partie de la recherche. Le questionnaire en ligne prendra 5-10 minutes de votre temps. Ceci sera suivi d'une entrevue enregistrée avec la chercheuse principale qui durera environ 60 minutes. Vous pouvez refuser de répondre à n'importe quelle question à laquelle vous ne voulez pas répondre.

Risques

Il se peut que vous vous sentiez inconfortable avec quelques questions liées à la problématique de recherche. Si jamais cela est le cas, vous êtes libre de refuser d'y répondre. En cas de besoin, une liste de ressources pour le counseling sera disponible.

Bienfaits

En partageant vos expériences pendant la transition à la parentalité vous pourriez aider les pourvoyeurs de soins à obtenir plus de connaissances et une meilleure compréhension de vos expériences.

Retrait de la recherche

Votre participation à ce projet de recherche est complètement volontaire et vous pouvez vous retirer à n'importe quel moment avant que l'analyse des données ne soit complétée. À n'importe quel moment avant cette période, vos données pourront être retirées de l'étude. Si vous avez des inquiétudes à n'importe quel moment pendant l'étude, nous vous recommandons d'en discuter avec la chercheuse principale ou son superviseur de recherche le plus rapidement possible.

Confidentialité

La confidentialité est respectée pour tous les résultats du projet de recherche. Votre nom ne sera pas mentionné lors des rapports verbaux ou écrits. Le questionnaire est anonyme. Des informations pouvant vous identifier ne seront partagées avec personne. Les enregistrements seront transcrits de manière anonyme et ils seront par la suite détruits après 7 ans suivant les protocoles et procédures de l'Université d'Ottawa. Toute référence aux matériels de recherche associés à votre sujet aura un identifiant.

Questions

Si vous avez des questions au sujet de l'étude, SVP n'hésitez pas de contacter Jacqueline (Jack) Avanthay Strus, RN, PhD (c), la chercheuse principale de l'étude au ou par courriel via

Merci de votre participation

Annexe 6
Questionnaire sociodémographique

- 1) Quel âge avez-vous?
 - a. 18-25 ans
 - b. 25-30 ans
 - c. 31-35 ans
 - d. 36-40 ans
 - e. 40 et plus

- 2) Quel est votre état civil?
 - a. Célibataire
 - b. Séparé
 - c. Divorcé
 - d. Marié
 - e. En union de fait
 - f. Autre

- 3) Depuis combien de temps êtes-vous au Canada?
 - a. Moins qu'un 1 ans
 - b. 2 ans à 5 ans
 - c. 5 ans ou plus

- 4) Quelles langues utilisez-vous le plus souvent?
 - a. Anglais
 - b. Français
 - c. Autre : ____

- 5) Travaillez-vous?
 - a. Temps plein
 - b. Temps partiel
 - c. En recherche d'emploi
 - d. Sans emploi

- 6) Quel est votre salaire annuel?
 - a. < 19 000\$
 - b. 20 000- 39 000\$
 - c. 40 000-59 000\$
 - d. > 60 000\$

- 7) Origine ethnique?
 - a. Arabe
 - b. Asiatique
 - c. Caucasien
 - d. Métis (Première Nation canadienne et descendance européenne)
 - e. Autochtone ou membre d'une Première Nation

- f. Noir(e)
- g. Latino-Américain(e), Centraméricain(e), Sud-Américain(e)
- h. Autre (précisez _____)

8) Combien d'enfants avez-vous?

- a. 0
- b. 1
- c. 2
- d. 3
- e. 4 +

**Annexe 7
Certificat éthique**

21/07/2022

Université d'Ottawa

Bureau d'éthique et d'intégrité de la recherche

University of Ottawa

Office of Research Ethics and Integrity

CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE | CERTIFICATE OF ETHICS APPROVAL

Numéro du dossier / Ethics File Number	H-06-22-8118
Titre du projet / Project Title	Expériences des parents LGBTQ2E* d'expression française vivant en situation linguistique minoritaire lors de la transition à la parentalité
Type de projet / Project Type	Thèse de doctorat / Doctoral thesis
Statut du projet / Project Status	Approuvé / Approved
Date d'approbation (jj/mm/aaaa) / Approval Date (dd/mm/yyyy)	21/07/2022
Date d'expiration (jj/mm/aaaa) / Expiry Date (dd/mm/yyyy)	20/07/2023

Équipe de recherche / Research Team

Chercheur / Researcher	Affiliation	Role
Jacqueline STRUS	École des sciences infirmières / School of Nursing	Chercheur Principal / Principal Investigator
Dave HOLMES	École des sciences infirmières / School of Nursing	Superviseur / Supervisor
Patrick O'BYRNE	École des sciences infirmières / School of Nursing	Co-superviseur / Co-supervisor

Conditions spéciales ou commentaires / Special conditions or comments

Annexe 8

Formulaire de consentement

Expériences des parents LGBTQ2E* d'expression française vivant en situation linguistique minoritaire lors de la transition à la parentalité

Superviseurs de thèse

Dr. Dave Holmes, Inf., Ph.D., FAAN, FCAN
Professeur titulaire
Faculté des sciences de la santé
École des sciences infirmières

Dr. Patrick O'Byrne, Inf., Ph.D, FAAN
Professeur titulaire
Faculté des sciences de la santé
École des sciences infirmières

Doctorante

Jacqueline Avanthay Strus, Inf, M.Sc., Ph.D. (cand)
Université d'Ottawa
Écoles des sciences infirmières

Je viens vers vous puisque vous êtes un parent (ou le désirez) habitant en situation linguistique minoritaire qui faites partie de la communauté LGBTQ2E* du Manitoba. Nous conduisons une recherche qui explore vos expériences pendant la transition à la parentalité.

Contexte

Plusieurs recherches ont été publiées sur la transition à la parentalité. La transition à la parentalité est un événement de vie majeur qui peut débuter avant même la conception d'une enfant et s'étendre sur plusieurs mois, voire sur des années après la naissance de l'enfant (conception; période périnatale, anténatale et postnatale; allaitement). Les infirmières sont les pourvoyeuses de soins qui sont au premier plan pendant la transition à la parentalité. Cependant, les infirmières ne sont pas nécessairement confortables avec certaines questions liées à la sexualité et reçoivent peu ou pas de formation quant aux minorités sexuelles. Il n'existe aucune recherche qui explore les expériences des parents LGBTQ2E* d'expression française vivant en situation linguistique minoritaire lors de la transition à la parentalité.

But

Le but de cette recherche qualitative est d'explorer les expériences des parents LGBTQ2E* d'expression française vivant en situation linguistique minoritaire lors de la transition à la parentalité

Participation

Si vous acceptez de participer à la recherche, vous devez compléter le questionnaire sociodémographique en ligne ou sur papier. Le fait de compléter le questionnaire indique que vous consentez à participer à cette partie de la recherche. Le questionnaire en ligne prendra 5-10 minutes de votre temps. Ceci sera suivi d'une entrevue enregistrée avec la chercheuse principale qui durera environ 60 minutes. Vous pouvez refuser de répondre à n'importe quelle question à laquelle vous ne voulez pas répondre.

Risques

Il se peut que vous vous sentiez inconfortable avec quelques questions liées à la problématique de recherche. Si jamais cela est le cas, vous êtes libre de refuser d'y répondre. En cas de besoin, une liste de ressources pour le counseling sera disponible.

Bienfaits

En partageant vos expériences pendant la transition à la parentalité vous pourriez aider les pourvoyeurs de soins à obtenir plus de connaissances et une meilleure compréhension de vos expériences.

Retrait de la recherche

Votre participation à ce projet de recherche est complètement volontaire et vous pouvez vous retirer à n'importe quel moment avant que l'analyse des données ne soit complétée. À n'importe quel moment avant cette période, vos données pourront être retirées de l'étude. Si vous avez des inquiétudes à n'importe quel moment pendant l'étude, nous vous recommandons d'en discuter avec la chercheuse principale ou son superviseur de recherche le plus rapidement possible.

Confidentialité

La confidentialité est respectée pour tous les résultats du projet de recherche. Votre nom ne sera pas mentionné lors des rapports verbaux ou écrits. Le questionnaire est anonyme. Des informations pouvant vous identifier ne seront partagées avec personne. Les enregistrements seront transcrits de manière anonyme et ils seront par la suite détruits après 7 ans suivant les protocoles et procédures de l'Université d'Ottawa. Toute référence aux matériels de recherche associés à votre sujet aura un identifiant.

Consentement

Par la présente, je donne mon consentement pour participer à la recherche dirigée par Jacqueline Avanthay Strus, doctorante à l'École des sciences infirmières de l'Université d'Ottawa. Les données de cette étude seront une aide aux pourvoyeurs qui travaillent avec les parents pendant la transition à la parentalité afin d'avoir une meilleure compréhension des expériences des parents LGBTQ2E* d'expression française vivant en situation linguistique minoritaire lors de la transition à la parentalité quant à la conciliation des rôles.

Pour participer à l'étude j'accepte de compléter le questionnaire en ligne et participer à un dialogue enregistré avec la chercheuse principale. Je comprends que c'est mon choix quant à l'enregistrement du dialogue et je consens à l'enregistrement. Je comprends que toute information est confidentielle.

Je peux me retirer du projet /de l'étude à n'importe quel moment.

J'ai lu et je comprends l'information dans ce formulaire. Je consens à participer à cette étude.

Il y a deux copies du formulaire, une d'entre-elle est pour mes dossiers.

Signature du (de la) participant.e

Signature de la chercheuse principale

Nom du (de la) participant.e

Nom de la chercheuse principale

Date: _____

Date: _____

Le consentement verbal a été obtenu et enregistré à cette date _____