UNIVERSITÉ DU QUÉBEC EN OUTAOUAIS

La préservation de la fertilité auprès des jeunes trans et non-binaires au Québec : points de vue des personnes professionnelles et intervenantes psychosociales

MÉMOIRE DE MAÎTRISE

PRÉSENTÉ COMME EXIGENCE PARTIELLE

DE LA MAÎTRISE EN PSYCHOÉDUCATION (PROGRAMME 3168)

PAR

THALIE PILON

Sous la direction de

ISABEL CÔTÉ, Ph. D.

Octobre 2024

Résumé

Contexte. Ce mémoire porte sur les points de vue des professionnel·les et des intervenant·es de domaines psychosociaux au sujet de la préservation de la fertilité de jeunes trans et non-binaires. Elle fait suite à une étude visant à documenter les points de vue de jeunes trans et non-binaires âgé·es entre 14 et 25 ans ainsi que celui de leurs parents à propos de la préservation de la fertilité. Les professionnel·les représentent donc la troisième perspective en regard du sujet. Cette triangulation permet d'avoir une vision riche et nuancée en regard de la préservation de la fertilité des jeunes trans et non-binaires en processus de transition. **Question principale de recherche et objectifs.** La question principale de recherche est la suivante : Quels sont les points de vue des professionnel·les et des intervenant·es du domaine des sciences sociales (psychoéducation, travail social, sexologie, psychologie, etc.) au sujet de la préservation de la fertilité auprès des jeunes trans et non-binaires au Québec? Plus spécifiquement, cette recherche vise à documenter les connaissances des professionnel·les au sujet de la préservation de la fertilité de même que leurs pratiques d'intervention, puis de proposer des pistes d'amélioration de la pratique par rapport à la préservation de la fertilité. **Méthodologie.** À l'aide de l'approche qualitative exploratoire, 16 personnes professionnelles ont participé à une entrevue semi-structurée. **Résultats.** Les résultats démontrent que les professionnel·les encadrent les discussions sur la préservation de la fertilité en s'appuyant sur une approche centrée sur le consentement éclairé des jeunes. Iels explorent les valeurs et les besoins de celleux-ci avec sensibilité et bienveillance, tout en étant conscient·es des barrières individuelles, systémiques et reliées à la pratique qui freinent l'accès à la préservation de la fertilité. Leur accompagnement consiste ainsi à soutenir directement les jeunes à travers les discussions, à apaiser les inquiétudes des parents et à orienter vers les services médicaux appropriés. Les résultats mettent en lumière le besoin d'amélioration de

la formation à l'égard de cet enjeu, d'un décloisonnement de la pratique entre les différents professionnel·les, et d'une meilleure accessibilité aux soins de la préservation de la fertilité. **Implications.** Les résultats soulignent la nécessité d'approfondir la formation des professionnel·les, d'optimiser la collaboration interprofessionnelle, et d'aligner les politiques publiques avec les pratiques cliniques. Ces actions visent à renforcer l'accompagnement holistique des jeunes trans et non-binaires et à faciliter leur accès aux services en matière de santé reproductive.

Mots-clés : jeunes trans, jeunes non-binaires, diversité de genre, fertilité, préservation de la fertilité, professionnel*

Abstract

Context. This master's thesis focuses on the perspectives of professionals and practitioners in psychosocial fields regarding fertility preservation for transgender and non-binary youth. It follows a study documenting the views of transgender and non-binary youth aged 14 to 25 and their parents on fertility preservation. Professionals represent the third perspective on the subject. This triangulation provides a rich and nuanced view of fertility preservation for transgender and non-binary youth in the transition process. **Main research question and objectives.** The main research question is: What are the views of professionals and practitioners in the social sciences (psychoeducation, social work, sexology, psychology, etc.) regarding fertility preservation for transgender and non-binary youth in Quebec? Specifically, this research aims to document professionals' knowledge about fertility preservation as well as their intervention practices, and to propose ways to improve practice regarding fertility preservation. **Methodology.** Using a qualitative exploratory approach, 16 professionals participated in semi-structured interviews. **Results.** The results show that professionals frame discussions on fertility preservation based on an approach centered on informed consent of young people. They explore their values and needs with sensitivity and benevolence, while being aware of individual, systemic, and practice-related barriers that hinder access to fertility preservation. Their support consists of directly assisting young people through discussions, alleviating parents' concerns, and guiding them towards appropriate medical services. The results highlight the need for improved training on this issue, breaking down practice silos between different professionals, and better accessibility to fertility preservation care. **Implications.** The results emphasize the need to enhance professional training, optimize interprofessional collaboration, and align public policies with clinical practices. These

actions aim to strengthen the holistic support of transgender and non-binary youth and facilitate their access to reproductive services.

Keywords : trans youth, non-binary youth, gender diverse youth, fertility, fertility preservation, practioners

Remerciements

Je tiens d’aborder à remercier ma directrice de recherche, Isabel, dont l'encadrement bienveillant et les précieux conseils ont été déterminants dans l'aboutissement de ce projet. Sa capacité à stimuler ma réflexion et à m'encourager à repousser mes limites m'a permis de persévérer au fil des années, d'approfondir mes analyses et, finalement, de réaliser un projet dépassant mes attentes initiales. Ma reconnaissance va également aux membres du jury pour leurs commentaires constructifs et leur lecture attentive qui ont contribué à l’amélioration ce mémoire. Je souhaite ensuite souligner l'importance du projet Préfer et de son équipe, qui m’ont chaleureusement accueillie et qui m’ont permis de découvrir le monde de la recherche. En plus, le soutien financier du projet Préfer a facilité le recrutement des participant·es à mon projet et a grandement contribué à son avancement. Ma gratitude s'adresse aussi à toutes les personnes répondantes qui ont généreusement accepté de partager leur expérience lors des entrevues. Leur contribution a été essentielle pour la réalisation de cette recherche. Enfin, je remercie ma famille pour son soutien inconditionnel, ainsi que mes ami·es, toujours prêt·es à m'accompagner dans de nouveaux cafés pour faire la rédaction de ce mémoire.

Table des matières

Remerciements vi
Écriture inclusive x
Lexique xi
INTRODUCTION 1
Problématique 5
Jeunes trans et non-binaires 5
Dévoilement et acceptation des parents 5
Milieu scolaire 7
Dysphorie de genre 8
Processus d'affirmation de genre : types de transitions 9
Transition sociale 9
Transition légale 10
Transition médicale 11
Préservation de la fertilité auprès des jeunes trans et non-binaires 14
Standards de soins 17
Barrières liées à la préservation de la fertilité 24
Attitudes des professionnel·les 27
Solutions proposées par les professionnel·les 31
Principaux résultats de la recension 35
Objectif de recherche 38
Pertinence de la recherche 39
Pertinence sociale 39
Pertinence scientifique 39
Pertinence disciplinaire 40
Cadre conceptuel de la recherche 43
Justice reproductive : définition et bref historique 43
Intersectionnalité 46
Posture de chercheure 48
Politique de l'enfant unique 48
Posture d'apprenante et réflexion sur la posture d'allié·e 49
Méthodologie 52
Contexte de la recherche initiale 52
Approche qualitative exploratoire 53
Collecte de données 54
Critères d'inclusion et d'exclusion 54
Recrutement 55
Analyse des données 56
Enjeu éthique lié à la représentation des jeunes trans et non-binaires par des professionnel·les 59
Considérations éthiques générales 60
Portrait des personnes professionnelles et intervenantes 61
Résultats 66
Profil des clientèles trans et non-binaires des professionnel·les 66
Dynamiques de la pratique en santé trans et non-binaire 67

Processus de référencement et motifs de consultation 67
Interactions avec les parents 71
Interactions avec les médecins de famille 75
Enjeux et défis de la pratique professionnelle en santé trans et non-binaire 77
Enjeux systémiques d'accessibilité aux soins 77
Défis spécifiques à la pratique individuelle des professionnel·les 80
Approches d'intervention et cadres de référence 83
Processus de la préservation de la fertilité 84
Enjeux relatifs aux traitements et les barrières systémiques 84
Savoir-faire : La pratique et les rôles professionnels en lien avec la préservation de la fertilité 91
Moment pour l'aborder 91
Scénarios de discussions 94
Collaboration auprès des parents 98
Références et collaboration auprès du corps médical 101
Attitudes préconisées 104
Gestion des malaises 106
Biais d'oppression et norme procréative 107
Adultisme et éviter le regret de sa fertilité 109
Pratique de gatekeeping 111
Suggestions amélioration de la pratique 111
Amélioration des connaissances 111
Amélioration de la trajectoire de soins à travers une pratique collaborative entre partenaires 113
Améliorer l'accessibilité des services 114
Discussion 116
Défis de la préservation de la fertilité dans un cadre de justice reproductive : Entre consentement et obstacles structurels 116
Disparité des connaissances et formation insuffisante : le poids de la responsabilité individuelle dans l'acquisition des compétences professionnelles 120
Besoin de formation spécialisée auprès des professionel·les 121
Compétences pratiques et relationnelles en faveur de l'autonomie décisionnelle des jeunes 124
Accompagnement des jeunes à travers l'exploration de leurs valeurs 124
Immixtion des parents : réponse à leurs préoccupations à travers un dialogue ouvert 126
Déconstruction des rapports de pouvoir : réflexivité et lutte contre les systèmes oppressifs 129
Vers une approche intégrée des soins reproductifs pour les jeunes trans et non-binaires 132
Arrimage des services médicaux et en santé mentale : vers une collaboration interdisciplinaire 132
Trajectoire de soins reproductifs : accessibilité à la procréation médicalement assistée 134
Forces et limites 136
Implications pour la pratique psychoéducative 138

Conclusion 140
Références 142
Annexe A : Guide d'entrevue 159
Annexe B : Formulaire de consentement 163
Annexe C : Questionnaire sociodémographique 168
Annexe D : Affiche de recrutement 171
Annexe E : Scénarios lors de la prise de contact pour participer au projet 172
Annexe F : Arbre thématique 175
Annexe G : Certificat d'approbation éthique 195

Écriture inclusive

L'écriture inclusive reconnaît le pouvoir du langage et des mots utilisés sur nos représentations de la réalité et notre compréhension de celle-ci. Ce mémoire a été rédigé à l'aide du Guide de communication inclusive développé par la communauté de pratique en équité, diversité et inclusion (EDI) du réseau de l'Université du Québec, et ce, afin de favoriser le sentiment d'inclusion d'un plus grand nombre de personnes et par le fait même promouvoir la visibilité de celles-ci. Diverses pratiques rédactionnelles ont été utilisées, notamment la formulation neutre ou épicène (ex : les personnes participantes plutôt que les participantes et participants), les doublets abrégés (ex : les professionnel·les) et les néologismes inclusifs (ex : iel pour il/elle). Enfin, en raison des difficultés de lecture que peut engendrer l'écriture inclusive pour les personnes ayant divers troubles d'apprentissage ou dont le français n'est pas la langue maternelle, un travail a été effectué en amont avec le souci de faciliter la lecture.

Lexique

Les définitions de ce présent lexique sont tirées textuellement de l'ouvrage « Pratiques psychoéducatives auprès des jeunes trans et non-binaires » (Cotton et al., 2024). Ces extraits servent ainsi à amorcer la réflexion sur certains concepts traités dans ce mémoire.

Cisgenrisme : « Le cisgenrisme qualifie un système d'oppression qui affirme que la correspondance entre le sexe assigné à la naissance et l'identité de genre est naturelle, souhaitable et préférable, au détriment de leur différence. Comme cette différence est la caractéristique distinctive des personnes trans et non-binaires, le cisgenrisme peut particulièrement les affecter, sur les plans juridique, politique, économique, social, médical ou normatif. » (Cotton et al., 2024, p. 372).

Cisnormativité : « Le concept de cisnormativité réfère à un système d'oppression qui se manifeste sur le plan politique, économique, social et médical selon lequel la réalité cisgenre serait la norme valide de référence quant à l'identité de genre. » (Baril, 2015, cité dans Cotton et al., 2024, p. 372).

Dysphorie de genre : « La dysphorie de genre réfère généralement au malaise ressenti par une personne trans ou non-binaire par rapport à des caractéristiques genrées de son corps ou à la façon dont elles sont perçues par les autres. Selon cette définition, la dysphorie peut grandement varier en intensité allant de l'inconfort jusqu'à la détresse psychologique. » (Cotton et al., 2024, p. 372).

Identité de genre : « L'identité de genre concerne la manière dont les personnes s'identifient à un genre ou à un autre, selon leur propre conception de ce qu'est le genre et l'expérience consciente qu'elles en font. » (Cotton et al., 2024, p. 373).

Non-binarité : « Le terme parapluie « non-binaire » fait spécifiquement référence au système binaire de sexe et de genre occidental. Il est utilisé pour faire référence à toutes les

personnes qui ne sont pas exclusivement des hommes et des femmes dans ce contexte. » (Cotton et al., 2024, p. 374).

Orientation sexuelle : « L'orientation sexuelle est généralement décrite comme étant « l'attirance ou l'absence d'attirance physique ou sexuelle que ressent une personne envers d'autres personnes indépendamment ou indépendamment de leur genre » (Douin, 2022, p. 52, cité·e dans Cotton et al., 2024, p. 374). Cette définition est axée sur la composante de l'attirance sexuelle. Or, l'attirance n'est pas l'unique déterminant de l'orientation sexuelle, qui peut aussi décrire des comportements ou une identité. » (Cotton et al., 2024, p. 374).

Parcours d'affirmation de genre : « Trajectoire qu'une personne prend pour explorer, puis affirmer son identité de genre. » (Cotton et al., 2024, p. 374).

Transidentité : « La notion de transidentité concerne l'identité de genre des personnes trans. Cette notion ne fait cependant pas l'unanimité dans les communautés trans, car elle met l'accent sur une hypothétique « identité trans », alors que l'auto-identification principale des personnes trans est envers un genre et non envers le fait d'être trans en soi. » (Dubuc, 2017, citée dans Cotton et al., 2024, p. 376).

Transitude : « Néologisme français équivalent au terme anglais « transness » visant à désigner le fait d'être trans, au-delà du fait d'entreprendre ou non des démarches de transition. » (Cotton et al., 2024, p. 376).

INTRODUCTION

Depuis la dernière décennies, l'intérêt médiatique concernant les personnes de la diversité de genre est palpable (Wylie et al., 2016; Pullen Sansfaçon & Medico-Vergriete, 2021, Tebbe & Budge, 2022). L'actualité est d'ailleurs marquée par plusieurs enjeux qui touchent les jeunes trans et non-binaires à travers lesquels des opinions polarisées circulent. Il est possible de mentionner l'enjeu des toilettes dans les écoles, où certain·es jeunes trans et non-binaires peuvent se voir refuser l'utilisation de la toilette qui correspond à leur identité de genre. L'argumentaire qui en découle est que l'identité de genre est déterminée uniquement par les organes génitaux et que ces jeunes sont plus à risque de commettre des agressions sexuelles, particulièrement les filles trans (Barnett et al., 2018). Un autre sujet faisant l'objet de polémique concerne l'inclusion des adolescentes trans dans les catégories sportives féminines. Puisqu'elles sont « biologiquement » des garçons, cela ferait en sorte qu'elles seraient injustement avantagées, et ce, au détriment des adolescentes cisgenres (McClearen, 2023). Mais ce qui cristallise les discussions sur les jeunes trans et non-binaires se concentre autour de la médicalisation de ces jeunes alors que certain·es soutiennent que les traitements d'affirmation de genre poseraient davantage de risques que de bénéfices pour leur santé (Barbee et al., 2022). Pourtant, la recherche suggère que les traitements d'affirmation de genre permettent de réduire les symptômes dépressifs, anxieux et de la dysphorie de genre, en plus d'augmenter la qualité de vie, l'estime de soi et le bien-être psychologique (Tebbe & Budge, 2022; Rafferty et al., 2018).

Néanmoins, il est vrai que certains de ces traitements peuvent avoir des impacts sur la fertilité. C'est pourquoi les bonnes pratiques actuelles recommandent aux professionnel·les de discuter du sujet avec les jeunes trans et non-binaires préalablement à l'hormonothérapie ou les chirurgies impliquant le système reproducteur (Coleman et al., 2022; Hembree et al., 2017). Ce mémoire donne ainsi la parole aux professionnel·les et intervenant·es des domaines psychosociaux qui interviennent et accompagnent directement les jeunes de la diversité de genre dans leur parcours

d’affirmation de genre. Ce projet de recherche reconnaît le rôle essentiel qu’iels peuvent jouer dans la promotion de la santé mentale et du bien-être de ces jeunes.

Ce mémoire est composé de cinq chapitres distincts. Le premier chapitre, qui porte sur la problématique, permet de comprendre à quel moment l’enjeu de la préservation de la fertilité émerge à travers le parcours des jeunes trans et non-binaires, puis de quelle manière les professionnel·les de la santé s’insèrent dans la discussion. Ce chapitre se conclue par les objectifs de la recherche. Le second chapitre s’intéresse au contexte théorique de la justice reproductive ainsi que ma posture en tant que chercheure par rapport au contexte choisi. Par la suite, le chapitre trois explore le contexte initial de la recherche avec le projet Préfer ainsi que la méthodologie employée lors de la collecte de données pour la présente recherche selon l’approche qualitative exploratoire. Le chapitre quatre qui aborde les résultats détaille le contexte de la pratique des personnes participantes concernant les discussions sur la fertilité, les compétences pratiques et relationnelles préconisées, ainsi que les pistes d’amélioration pour la pratique. Enfin, le cinquième chapitre analyse les défis rencontrés par les professionnel·les et le développement de leurs compétences qui favorisent l'autonomie décisionnelle des jeunes. Ce mémoire se conclue par les retombées pour la pratique qui mettent en lumière l'importance de la formation des professionnel·les, de la collaboration interprofessionnelle et de l'harmonisation des politiques avec les pratiques cliniques afin d’améliorer l'accompagnement des jeunes trans et non-binaires en matière de préservation de la fertilité.

CHAPITRE 1

Problématique

Cette section permet de mieux comprendre qui sont les jeunes trans et non-binaires et quels sont les enjeux qu'iels peuvent rencontrer à travers leur parcours de transition. Par la suite, l'enjeu de la préservation de la fertilité sera abordé à l'aide d'une recension des écrits qui permettra de faire le point sur l'état des connaissances actuelles sur le sujet.

Jeunes trans et non-binaires

Le pourcentage de jeunes trans et non-binaires au sein de la population varie grandement selon les études, notamment en fonction des définitions utilisées pour qualifier l'identité de genre, les méthodologies déployées, les pays dans lesquels les études sont menées, ou encore, le fait que certaines études se basent sur des échantillons de jeunes connu·es des services de santé (Clark et al., 2014; Di Grazia et al., 2021; Becerra-Fernández, 2017). De nombreuses études situent le pourcentage de jeunes qui font partie de la diversité de genre entre 1 et 4% (Clark et al., 2014; Becker et al., 2017; Johns et al., 2019; Eisenberg et al., 2017; Rider et al., 2018). Une récente étude de 2021 conduite au États-Unis auprès de 3000 jeunes fréquentant 13 écoles secondaires rapporte cependant un pourcentage de jeunes trans et non-binaires plus élevé que les autres études sur le sujet, à savoir 9.2% (Kidd et al., 2021). Cela est significativement plus élevé que les enquêtes populationnelles, notamment celles conduites au Canada. En effet, la population canadienne s'identifiant trans ou non-binaire recensée en 2021 était de 0.33%, et ce, pour l'ensemble des personnes de 15 ans et plus (Statistique Canada, 2022). Au Québec, le pourcentage de la population s'identifiant trans ou non-binaire lors de la recension de 2021 s'élevait quant à elle à 0.52% pour les personnes âgées entre 15 et 34 ans (Institut de la statistique du Québec, 2022).

Dévoilement et acceptation des parents

L'identité de genre des enfants se développe dès les premières années de vie, pouvant apparaitre aussi jeune qu'à l'âge de 2-3 ans (Olson et al., 2015; Ehrensaft, 2011; American

Psychiatric Association, 2013). Par ailleurs, une étude comparative conduite par Olson et ses collègues (2016) a démontré que l'identité de genre des jeunes trans et non-binaires est aussi ancrée que celle des jeunes cisgenres. En d'autres mots, l'identité de genre peut être profondément établie dès la petite enfance et demeurer stable dans le temps.

Bien que les jeunes trans et non-binaires peuvent réaliser tôt qu'iels ont une identité de genre différente que celle assignée à la naissance, iels se rendent aussi compte rapidement durant l'enfance de la discrimination qui accompagne le fait de ne pas se conformer aux stéréotypes de genre (Riley et al., 2013), ce qui a parfois pour effet de créer un décalage entre la réalisation de l'identité de genre non cisgenre et le dévoilement aux proches (Pullen Sanfaçon & Medico, 2021). Dans l'étude de Clark et al. (2014), c'est 65% des jeunes trans qui n'avaient pas fait leur dévoilement au moment de l'étude. Par ailleurs, entre la reconnaissance de son identité de genre non conforme à celle assignée à la naissance et son dévoilement à l'entourage, il peut s'écouler de deux à cinq ans (Pullen Sansfaçon & Medico, 2021). Or, les jeunes qui ne sont pas en mesure d'exprimer leur malaise à leur entourage au niveau de leur identité de genre sont plus susceptibles d'adopter des comportements à risque et autodestructeurs et d'éprouver des symptômes dépressifs (Medico & Pullen Sansfaçon, 2017) alors que celleux qui ressentent du soutien et de l'acceptation de la part de leur famille ont une meilleure santé physique et mentale (Travers et al., 2012; Olson et al., 2016). Une étude sur les jeunes trans en Ontario a d'ailleurs démontré que le taux d'idéations suicidaires diminuait de 93% avec la présence d'un soutien parental élevé (Travers et al., 2012). Les parents sont les premières personnes alliées de leur enfant et vont être amenées à défendre leurs droits et à les protéger contre les différentes formes de discrimination et de rejet, en plus d'investir des ressources pour accéder aux soins appropriés le cas échéant (Pullen Sansfaçon & Medico, 2021).

Lors de l'annonce de l'identité de genre différente d'un·e enfant, la famille qui reçoit la nouvelle peut avoir diverses réactions. Il peut y avoir un sentiment d'incrédulité, de surprise, d'ouverture et également de deuil (Pullen Sansfaçon et al., 2020). Les parents peuvent aussi être amenés à vivre de l'anxiété par rapport au dévoilement futur auprès de la famille élargie et dans d'autres sphères de la vie tels que l'école ou les services de santé (Pullen Sansfaçon et al., 2015). Cela peut expliquer pourquoi certaines familles qui soutiennent leur enfant dans son identité de genre à la maison peuvent parfois décourager leur enfant à le faire de manière publique, notamment auprès de la famille élargie, le voisinage ou l'école (Ajeto, 2009; Pullen Sansfaçon & Bellot, 2016). Parmi les facteurs évoqués par les parents, on retrouve notamment la peur que son enfant soit victime de rejet ou de violence, ou encore le fait que les familles elles-mêmes soient sujettes au rejet et à la discrimination (Turban et al., 2021; Pullen Sansfaçon et al., 2015). D'autres parents vont éviter les conversations sur l'identité de genre de leur enfant ou retarder la transition souhaitée par l'enfant (Abreu et al., 2019; Kuvalanka et al., 2018; Barron & Capous-Desyllas, 2017), ce qui peut avoir des impacts sur son développement psychosocial et affectif futur (Pullen Sansfaçon & Bellot, 2016).

Milieu scolaire

À l'école, les jeunes trans et non-binaires sont plus à risque de violence, de subir des mauvais traitements et d'avoir un sentiment de sécurité compromis que les jeunes cisgenres (Turban et al., 2021; Clark et al., 2014). Les jeunes sondé·es dans l'étude de Clark et al. (2014) ont mentionné avoir un sentiment de peur en lien avec l'école et 20% d'entre elleux ont rapporté des expériences d'intimidation au moins une fois par semaine. L'étude de Day et al. (2018) a, quant à elle, démontré que les jeunes trans étaient trois fois plus susceptibles de manquer l'école, puisqu'iels ne s'y sentent pas en sécurité. Les jeunes trans et non-binaires avaient aussi plus tendance à être victimes d'intimidation que les jeunes cisgenres, à percevoir le climat de l'école de

manière moins positive et à avoir de moins bons résultats scolaires (Turban et al., 2021). Par ailleurs, un milieu scolaire qui met en place des politiques protégeant les droits et intérêts des jeunes trans et non-binaires est un facteur de protection favorisant la résilience de ces jeunes (Singh et al., 2012).

Ces jeunes subissent dès lors différentes formes de stigmatisation, de discrimination et de non-reconnaissance de leur identité de genre (Chodzen et al., 2019; White Hughto, 2015) qui les rendent plus susceptibles de développer des symptômes anxieux (Clark et al., 2014; Guz et al., 2021; Millet et al., 2017) ou dépressifs (Veale et al., 2017; Guz et al., 2021), des comportements d'automutilation (Mann et al., 2019; Veale et al. 2017), un trouble des conduites alimentaires (Coelho et al., 2019; Romito et al., 2021), de l'abus de substances (Johns et al., 2019; Day et al., 2017), d'être victimes de violence (Johns et al., 2019; Eisenberg et al., 2017), ou encore d'avoir des idéations suicidaires (Johns et al., 2019; Guz et al., 2021; Veale et al., 2017; Eisenberg et al., 2017) que leurs homologues cisgenres.

Dysphorie de genre

En plus des difficultés psychosociales citées précédemment, certain·es jeunes trans et non-binaires peuvent vivre une souffrance par rapport à l'incongruence ressentie entre leur identité de genre et celui assigné à la naissance (Tebbe & Budge, 2022). La dysphorie de genre est à la fois utilisée comme terme général pour parler de cette détresse, en plus d'être un diagnostic du DSM-5, le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux de l'Association américaine de psychiatrie (American Psychiatric Association, 2013).

Toutefois, ce ne sont pas toustes les jeunes qui vivent de la dysphorie de genre. Ainsi, à la fois des jeunes vivant de la dysphorie que celleux qui n'en ressentent pas peuvent vouloir affirmer leur genre authentique à travers une transition (Whitman & Han, 2017; Coleman et al., 2022).

Processus d'affirmation de genre : types de transitions

Une personne peut choisir d'affirmer son identité de genre à travers une ou des transitions. Les écrits s'entendent sur l'existence de trois types de transition : la transition sociale, la transition légale et la transition médicale (Buckloh et al., 2022; Cotton et al., 2021). Les trois processus ne suivent pas une chronologie prédéfinie et peuvent se chevaucher dans le temps. Certaines personnes peuvent ressentir le besoin de vivre une, deux, trois ou aucune de ces transitions à travers leur parcours (Rosenthal, 2021; Buckloh et al., 2022). Une brève description de chaque type de transition sera présentée ainsi que certains enjeux pouvant être vécus pendant ces transitions.

Transition sociale

La transition sociale représente le processus à travers lequel un·e jeune adopte, sur le plan social, une expression de genre en concordance avec son identité de genre authentique. Iel peut être amené·e à se choisir un nouveau prénom et des pronoms qui correspondent davantage à son identité ou iel peut aussi choisir d'exprimer son genre à travers son apparence physique (coiffure, vêtements, maquillage, etc.) (Buckloh et al., 2022; Krebs et al., 2022). Au moment de la puberté, des articles d'affirmation de genre peuvent être utilisés par des jeunes pour affirmer l'identité de genre. Parmi ces articles se retrouvent les *binders* (camisole de compression), les *packers* (prothèses pénienne) et caleçons, les prothèses mammaires et les *gaffs* (sous-vêtements gainant au niveau des parties génitales) (TransEstrie, s. d.; Kidd et al., 2020).

Dans le milieu scolaire québécois, les jeunes peuvent faire une transition sociale et demander que leur prénom et pronoms soient utilisés. Il est aussi possible de faire cette transition sans demander que le dossier administratif soit mis à jour, notamment pour éviter un dévoilement non désiré lorsque les parents ne sont pas au courant (Commission scolaire de Montréal, 2017). Dans le cas de jeunes de moins de 14 ans, le ou la jeune ou la personne détenant l'autorité légale peut faire la demande du changement de prénom et de genre dans son dossier scolaire sans que les

démarches au niveau civil n'aient été effectuées. Refuser de manière intentionnelle et persistante ces types de services aux jeunes qui en font la demande peut constituer une forme de discrimination interdite par la loi (Commission scolaire de Montréal, 2017).

Transition légale

Un obstacle important quant à l'intégration des personnes de la diversité de genre est l'incongruence visible de l'expression de genre et l'identité civile. De ce fait, la transition légale permet à une personne de réduire ou d'éviter les situations pouvant engendrer de la discrimination. La transition légale fait référence à la modification du prénom ou de la mention d'identité de genre sur les papiers d'identification officiels dans une optique de reconnaissance légale (Pullen Sansfaçon & Medico, 2021).

Au Québec, la loi 103, en vigueur depuis 2016, permet aux jeunes trans et non-binaires de moins de 14 ans, avec l'accord parental, de faire une demande de changement de prénom et de la mention du sexe sur le certificat de naissance auprès du directeur de l'état civil. Pour cela, une lettre d'une personne professionnelle de la santé (médecin, psychologue, psychiatre, sexologue ou travailleur·se social·e) validant le changement de la mention de sexe est requise (Vallée, 2016). Avant que la loi ne soit en vigueur, uniquement les jeunes de 14 ans et plus pouvaient faire la demande de changement.

Depuis 17 juin 2022, il est aussi possible de changer la mention du sexe afin d'obtenir une mention non-binaire (X), en ajout au genre féminin et masculin. Pour le changement de la mention de sexe sur l'acte de naissance, la personne doit être domiciliée au Québec depuis au moins 1 an. La première demande de changement de prénom et de la mention du sexe est gratuite et prend habituellement 90 jours ouvrables. Dans le cas d'autres demandes, des frais sont encourus (Directeur de l'état civil, s. d.).

Transition médicale

En ce qui concerne la transition médicale, elle comprend l'hormonothérapie incluant les bloqueurs d'hormones et les opérations chirurgicales (Pullen Sansfaçon & Bellot, 2016; Winter et al., 2016).

Au Québec, le processus pour accéder à l'hormonothérapie n'est pas uniforme. Il peut varier d'un milieu à l'autre et selon les personnes professionnelles impliquées. Ainsi, avant de prescrire un traitement hormonal, certain·es médecins vont exiger une lettre de la part d'un·e professionnel·le psychosocial·e afin de valider la pertinence de ce type de traitement à l'aide d'une évaluation psychosociale, alors que d'autres préconiseront plutôt l'approche de consentement aux soins sans la nécessité d'une lettre (Beauchesne Lévesque et al., s. d.). L'approche de consentement aux soins consiste à discuter des implications du traitement désiré autant sur le plan médical que social, sur la gestion des attentes quant aux résultats et sur les risques encourus. La visée de l'approche du consentement aux soins est de préconiser une prise de décision éclairée tout en valorisant la capacité d'autodétermination de la personne (Beauchesne Lévesque et al., s. d.; Wylie et al., 2016).

Les bloqueurs de puberté ou agonistes de la GnRH (*Gonadotropin-releasing hormone*) permettent de retarder de quelques années le processus de puberté qui débute entre 9 et 13 ans pour les jeunes assigné·es fille et entre 11 et 14 ans pour les jeunes assigné·es garçons (American Psychiatric Association, 2013). C'est à partir du stade II de Tanner que les jeunes peuvent débuter les bloqueurs de puberté. La classification de Tanner, qui contient cinq stades, permet de catégoriser le développement des caractères sexuels secondaires au cours de la puberté (Rosenthal, 2021). De façon générale, pour les personnes assignées filles à la naissance, le stade II correspond au développement des bourgeons mammaires et de l'apparition de poils pubiens. Pour les personnes assignées garçons, il est question de l'augmentation du volume des testicules et de

l’apparition de poils pubiens. Les bloqueurs de la puberté sont sous forme de médicament injectable et inhibent la production de testostérone, d’estrogènes et de progestérone, limitant ainsi le développement de caractéristiques secondaires telles que la pilosité faciale et corporelle, la mue de la voix, la croissance des organes génitaux, le développement des seins et le début des menstruations (Rafferty et al., 2018; Wylie et al., 2016). Les bloqueurs d’hormones offrent ainsi du temps supplémentaire aux jeunes afin qu'iels puissent atteindre une maturité psychique leur permettant de prendre une décision éclairée sur la suite de leur processus pubertaire afin qu’il soit en adéquation avec l'expression de genre souhaité (Pullen Sansfaçon & Medico, 2021; de Vries et al., 2011). Ce type de traitement est réversible, ce qui implique qu’en cas de cessation du traitement, la puberté reprend son cours (Rafferty et al., 2018; de Vries et al., 2011). La prise de bloqueurs peut s’échelonner sur quelques années, mais demeure temporaire puisque ces médicaments peuvent avoir un impact sur la densité osseuse (Beauchesne Lévesque et al., s. d). En effet, les hormones sexuelles libérées pendant la puberté, et qui sont inhibées par les bloqueurs, jouent un rôle dans le développement du système osseux (Krebs et al., 2022; Rafferty et al., 2018; Vlot et al., 2017).

Si le ou la jeune souhaite ensuite entreprendre une puberté conforme avec le genre ressenti, le recours à l'hormonothérapie féminisante ou masculinisante offre la possibilité d’effectuer une transition médicale à un rythme similaire que ses pairs (Medico & Pullen Sansfaçon 2017).

Cependant, les jeunes mineur·es de 14 ans et plus ont tout de même besoin du soutien parental pour accéder à l’hormonothérapie. De ce fait, l’accès aux traitements pour ces jeunes est parfois tributaire du consentement parental en fonction de la législation en place. Bien que cette législation se base sur les standards de soins et une approche biopsychodéveloppementale, les jeunes qui bénéficieraient de ces traitements peuvent s’en voir refuser l’accès en l’absence du soutien parental (Gridley et al., 2016; Clark et al., 2020; Poirier et al., 2019).

Pour les jeunes qui ne souhaitent pas amorcer une hormonothérapie, notamment pour les jeunes non-binaires, une approche individualisée est préconisée. Il peut ainsi y avoir l'évaluation adéquate des besoins vers la poursuite d'autres traitements pouvant aider les jeunes à mieux vivre leur expérience de genre, par exemple la cessation des menstruations par méthodes hormonales ou envisager certaines chirurgies telles que la mastectomie (Beauchesne Lévesque et al., s. d.; Poirier et al., 2019).

En ce qui a trait aux chirurgies d'affirmation de genre, elles incluent la phalloplastie, l'orchidectomie, l'hystérectomie, la mastectomie ou la chirurgie de la masculinisation du torse, les chirurgies de féminisation faciale, la chirurgie de la pomme d'Adam, la chirurgie de la voix, l'augmentation mammaire et la réduction mammaire (Rafferty et al., 2018, Wylie et al., 2016). Ces traitements sont non réversibles. Au Québec, seule la mastectomie est disponible pour les jeunes qui sont mineur·es, mais âgé·es d'au moins 16 ans. Pour les autres procédures, l'âge légal de 18 ans est requis.

Des hôpitaux et des cliniques privées peuvent offrir ces traitements, notamment la clinique privée GrS Montréal qui est spécialisée dans les chirurgies d'affirmation de genre. Les étapes peuvent varier en fonction des types de chirurgies souhaitées. De façon générale, il est demandé à la personne de remplir un formulaire d'état de santé, de fournir un formulaire d'état de santé par un·e médecin et de fournir une à deux lettres rédigées par une personne professionnelle de la santé détenant minimalement une maîtrise et faisant partie d'un ordre professionnel. Tout comme les lettres pour l'accès à l'hormonothérapie, ces lettres doivent découler d'une évaluation psychosociale par un·e professionnel·le psychosocial·e qui atteste de la capacité de la personne à faire un choix éclairé (Beauchesne Lévesque et al., s. d.). En plus, d'autres types de procédures paramédicales peuvent être envisagées, notamment le tatouage médical, l'épilation définitive, des services en physiothérapie ou en orthophonie (Wylie et al., 2016).

Au Québec, la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) rembourse certains traitements hormonaux et la chirurgie d'affirmation de genre (Gouvernement du Québec, s.d.a; Gouvernement du Québec, s.d.b). Cependant, la RAMQ ne rembourse pas les procédures considérées « esthétiques » (les chirurgies de féminisation faciale, la chirurgie de la pomme d'Adam, la chirurgie de la voix, l'augmentation mammaire, les services d'orthophonie, d'épilation définitive, etc.). Ces procédures vont toutefois au-delà de l'aspect esthétique, car elles peuvent avoir un impact considérable sur le bien-être des personnes (Beauchesne Lévesque et al., s. d.).

D'autres implications financières qui relèvent des déplacements requis pour accéder aux services sont aussi à considérer (Pullen Sansfaçon et al., 2015; Poirier et al., 2019). En raison d'un manque de connaissances des professionnel·les, les milieux spécialisés sont souvent privilégiés par les jeunes et leur famille. Cela implique alors les déplacements supplémentaires que doivent faire les jeunes trans et non-binaires pour recevoir les soins nécessaires, notamment celleux des régions éloignées ou des milieux ruraux puisque ces services sont souvent situés dans les grands centres (Whitehead et al., 2016; Pullen Sansfaçon et al., 2015).

Préservation de la fertilité auprès des jeunes trans et non-binaires

C'est à travers la transition médicale que l'enjeu de la préservation de la fertilité se pose puisque les interventions médicales peuvent avoir un impact sur la capacité reproductive des jeunes. Dès le début de la transition médicale, les jeunes prépubères sous bloqueurs cessent leur puberté et le développement de leurs gonades (ovaires, testicules) est interrompu. Ainsi, les bloqueurs de puberté empêchent la maturation gonadique essentielle à la capacité reproductive (Krebs et al., 2022; Buckloh et al., 2022; Coleman et al., 2022). Dans le cas où les gonades ne sont pas assez matures, les jeunes ne peuvent pas préserver leur fertilité selon les techniques largement disponibles (Krebs et al., 2022; Buckloh et al., 2022; Coleman et al., 2022). Une étude conduite par Brik et al. (2019) démontre d'ailleurs que 32% des jeunes n'ont pas été en mesure de produire

un échantillon de sperme nécessaire à la préservation de la fertilité préalablement à la prise de bloqueurs d'hormones puisqu'iels étaient au début de leur puberté. Pour les jeunes et les adultes pubères, les recherches démontrent que les effets de l'hormonothérapie masculinisante et féminisante sur la fertilité sont variés. En effet, la durée du traitement, la capacité reproductive de la personne avant le début du traitement ou encore l'âge sont des éléments qui peuvent influencer les effets de l'hormonothérapie sur la fertilité (Cheng et al., 2019; Coleman et al., 2022; Brouillet et al., 2022). En ce qui a trait aux chirurgies, celles qui impliquent le système reproducteur et les organes génitaux affectent de manière permanente la capacité reproductive (Coleman et al., 2022). De ce fait, tout traitement faisant partie de la transition médicale peut avoir un impact sur la fertilité des jeunes.

Devant ces constats, la World Professional Association for Transgender Health (WPATH) (Coleman et al., 2022) et l'Endocrine Society (Hembree et al., 2017) recommandent de discuter de la préservation de la fertilité avant d'entreprendre tout type de traitement hormonal ou chirurgical qui implique le système reproducteur. La préservation de la fertilité consiste ainsi à congeler les cellules reproductrices, soit des ovules ou des spermatozoïdes, à très basse température afin de pouvoir les utiliser ultérieurement dans le but d'avoir des enfants biologiques (Rodriguez-Wallberg et al., 2023). Différentes voies sont utilisées pour le prélèvement des gamètes en vue de leur conservation. D'une part, la technique utilisée pour la personne qui possède des ovules est la stimulation ovarienne, puis la ponction folliculaire (Cobo et al., 2021; Brouillet al., 2022). D'autre part, pour la personne ayant des testicules, les spermatozoïdes peuvent être récoltés par la masturbation. Il est aussi possible dans d'autres cas d'utiliser la technique de l'électroéjaculation ou par le prélèvement chirurgical testiculaire (Eustache et al., 2021; Brouillet et al., 2022).

La préservation de la fertilité demeure pertinente dans le cas où il y a le désir d'enfants avec un lien génétique. De nombreuses études documentent le désir d'enfants biologiques des jeunes

trans et non-binaires (Chen et al., 2019a; Chen et al., 2018; Schelble et al., 2017; Strang et al., 2018; Harris et al., 2020; Morrison et al., 2020; Persky et al., 2020). Jusqu'à 35% de ces jeunes mentionnent vouloir éventuellement avoir des enfants qui leur soit génétiquement lié·es (Chen et al., 2018). D'autres études sur le sujet documentent plutôt une absence de désir de parentalité des jeunes trans et non-binaires, qu'elle soit biologique ou non (Chen et al., 2019a; Brik et al., 2019; Nahata et al., 2017; Nahata et al., 2020; Schelble et al., 2017). Enfin, d'autres jeunes n'accordent pas d'importance au lien biologique et considèrent d'autres avenues pour devenir parents à savoir l'adoption (Brik et al.,2019; Chiniara et al., 2019; Harris et al., 2020; Morrison et al., 2020; Nahata et al., 2020; Persky et al., 2020), la gestation par autrui (Chiniara et al., 2019; Morrison et al., 2020) ou le don de gamètes (Chiniara et al., 2019; Harris et al., 2020). Le guide des standards de soins recommande ainsi d'aborder le désir d'enfants à travers une discussion en continu, puisque les souhaits concernant une parentalité future peuvent changer avec le temps (Coleman et al., 2022; Hembree et al., 2017).

Pour les jeunes qui ont procédé à la préservation de leur fertilité, les études recensent des pourcentages variés. Trois études rapportent des taux plutôt élevés, soit de 33%, 38% (Chen et al., 2019a; Brik et al., 2019) et même jusqu'à 57% pour l'étude de Barrett et al. (2022) conduite aux États-Unis. Ces taux sont considérés comme élevés par ces études dans la mesure où ils dépassent les moyennes observées dans d'autres contextes similaires, et plusieurs facteurs peuvent expliquer ces valeurs plus importantes. Parmi ceux-ci, on note notamment le fait que les services sont couverts dans le pays de l'étude (Brik et al., 2019) ou en lien avec la méthode de recrutement des jeunes participant aux études. En effet, les jeunes sont souvent recruté·es à travers des centres de santé qui offrent des services spécialisés, autant en diversité de genre qu'en services de fertilité, augmentant la probabilité que ces jeunes choisissent cette option ou qu'iels aient déjà un intérêt pour les services (Barrett et al, 2022; Stolk et al., 2023). Cependant, la majorité des pourcentages

des jeunes qui préservent sont plutôt bas selon les études qui se sont penchées sur la question, se situant entre 0% et 16% selon les études (Chiniara et al., 2019; Komorowski et al., 2021; Nahata et al., 2020; Segev-Becker et al., 2020; Cooper et al., 2022; Wakefield et al., 2019 ; McCallion et al., 2021; Stolk et al., 2023).

Dans ce contexte, les personnes professionnelles qui gravitent autour de ces jeunes ont un rôle important à jouer lors de leur processus d'affirmation de genre, afin de les soutenir dans leur désir de préserver ou non leurs gamètes. La prochaine section vise donc à documenter les enjeux soulevés par les jeunes en regard de la préservation de leur fertilité et de la façon dont les professionnel·les s'inscrivent dans la discussion. Ces personnes professionnelles concernées par le sujet de la préservation de la fertilité sont celles qui prescrivent les hormones, les chirurgien·nes dans le cas des interventions chirurgicales ou tout autre professionnel·le de la santé qui côtoie les jeunes trans et non-binaires souhaitant recevoir des traitements qui ont un impact sur la fertilité (Ethics Committee of the American Society for Reproductive Medicine, 2021; De Roo et al., 2016; Coleman et al., 2022).

Standards de soins

Selon le guide de standards de soins, plusieurs éléments devraient être abordés au sein de la discussion entourant la fertilité auprès des jeunes par les professionnel·les. La section suivante permet de détailler leurs pratiques, à la fois celles qui respectent les recommandations du guide de la WPATH et celles qui sont lacunaires dans le cadre des discussions de la fertilité auprès des jeunes.

Impacts de l'hormonothérapie et les options vers la parentalité. Le guide des standards de soins recommande d'aborder les effets à long terme des traitements d'affirmation de genre auprès des jeunes, dans quelle mesure la fertilité peut ou non être retrouvée si l'hormonothérapie

est interrompue, et les options possibles pour préserver sa fertilité (Coleman et al., 2022; Brouillet et al., 2022).

Les personnes professionnelles qui œuvrent auprès des jeunes trans et non-binaires semblent démontrer des niveaux variés de connaissances en ce qui concerne les impacts de l'hormonothérapie. Plusieurs disent savoir que les bloqueurs de puberté et l'hormonothérapie masculinisante et féminisante peuvent entraîner une infertilité temporaire ou permanente et, conséquemment qu'elles discutent de ce risque avec leur clientèle (Tishelman et al., 2019). À l'instar de ce constat, les résultats de Chen et al. (2019b) démontrent que 80% des professionnel·les reconnaissent que l'hormonothérapie peut diminuer la fertilité et 95% d'entre elleux se plient à aux recommandations de la WPATH et de l'Endocrine Society de discuter de la fertilité avant le début de l'hormonothérapie. Toutefois, il semble que les professionnel·les discuteraient davantage des impacts des traitements hormonaux masculinisant ou féminisant (91%) comparativement aux impacts des bloqueurs de puberté (83%) (Chen et al., 2019b). Ainsi, malgré les recommandations de la WPATH, un écart est démontré quant à leur pratique en fonction du type de traitement. Par ailleurs, les écrits démontrent qu'iels manquent de connaissances même en ce qui a trait aux bonnes pratiques auprès de cette population (Pullen Sansfaçon et al., 2015; Gridley et al., 2016; Chong et al., 2021; Poirier et al., 2019). Ainsi, il en revient parfois aux jeunes et à leur famille d'éduquer les professionnel·les. Cette charge supplémentaire s'ajoute alors à la position de vulnérabilité dans laquelle se trouvent déjà les jeunes lorsqu'iels consultent les services de santé (Pullen Sansfaçon et al., 2015; Chong et al., 2021; Poteat et al., 2013).

En plus, bien que l'hormonothérapie puisse avoir un impact sur la fertilité, elle ne rend pas systématiquement la personne infertile. Des professionnel·les de l'étude de Tishelman et al. (2019) disent ainsi respecter la recommandation du guide des standards de soins en discutant d'un moyen

de contraception, puisque l'hormonothérapie n'est pas une forme de contraception sûre pour éviter une grossesse (Coleman et al., 2022; Tishelman et al., 2019).

Il existe également une fenêtre thérapeutique permettant le recouvrement de la fertilité en cas de la cessation d'un traitement hormonal effectué dans le but de préserver sa fertilité (Brouillet et al., 2022; Stark et al., 2022). Des cas de naissances ont d'ailleurs été recensés au sein d'études (Light et al., 2014; Veale et al., 2022). Toutefois, l'arrêt des traitements peut générer une augmentation de la dysphorie de genre et est, de ce fait, peu recommandé (Rodrigez-Wallberg et al., 2022; Brouillet et al., 2022).

Si certain·es professionnel·les disent détenir des connaissances pour discuter de la préservation de la fertilité avec leur clientèle (Tishelman et al., 2019), d'autres évitent le sujet, puisqu'iels se sentent peu outillé·es pour offrir des conseils pertinents (Tishelman et al., 2019). En plus, des professionnel·les de l'étude d'Armuand et al. (2020) disent manquer de connaissances concernant les choix reproductifs et les droits légaux une fois la préservation de la fertilité effectuée, ce qui leur donnait l'impression d'être inadéquat·es lorsqu'iels étaient interrogé·es sur le sujet par la clientèle.

Outre ce qui a trait à la préservation de la fertilité, les standards de soins préconisent également que les professionnel·les discutent des options de la procréation médicalement assistée (PMA) et des options alternatives pour accéder à la parentalité à la fois biologiques et non biologiques (Coleman et al., 2022; Brouillet et al., 2022). Cela apparait d'autant plus pertinent puisque la plupart des études démontrent que les jeunes semblent avoir une nette préférence pour les options alternatives de devenir parent, entre autres jusqu'à 80 % d'entre elleux semblent privilégier l'adoption comme mode d'entrée en famille (Stolk et al., 2023; Brik et al.,2019; Chen et al., 2018; Chiniara et al., 2019; Harris et al., 2020; Morrison et al., 2020; Nahata et al., 2020; Nahata et al., 2017; Persky et al., 2020; Schelble et al., 2017; Strang et al., 2018). À ce sujet,

certaines personnes professionnelles pensent que les jeunes ne comprennent peut-être pas l'ensemble des défis à relever en lien avec les procédures d'adoption (Tishelman et al., 2019).

Malgré la recommandation des standards de soins, les études ne font pas état de professionnel·les qui abordent les options de parentalité comme étant une partie intégrante des discussions entourant la fertilité. Ce manque de connaissances des professionnel·les quant aux traitements et aux options alternatives de la parentalité entrave la capacité des jeunes à prendre une décision éclairée pour leur futur (Chen et al., 2019a; Chen et al., 2018; Bartholomaeus & Riggs, 2020; Bartholomaeus et al., 2021; Kyweluk et al., 2018).

Éléments développementaux. Les standards de soins mettent également en lumière la capacité des professionnel·les d'évaluer la maturité cognitive et émotionnelle des jeunes (Coleman et al., 2022). En effet, iels doivent porter attention aux aspects développementaux de la préservation de la fertilité de même que la capacité des jeunes à prendre des décisions.

Iels doivent considérer la maturation des gamètes afin d'assurer une préservation réussie, puisque la méthode la plus utilisée est celle de la congélation des gamètes (Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine, 2019). Certain·es professionnel·les disent connaître les méthodes de prélèvement de tissus ovariens et testiculaires (Johnson et al., 2016). Ce type de prélèvement implique la congélation de tissus provenant des gonades auprès des jeunes prépubères, ce qui permet d'éviter une puberté masculinisante ou féminisante non souhaitée. Ces techniques sont aussi utilisées auprès de jeunes atteint·es de cancer qui préservent leur fertilité avant d'entamer leurs traitements face à la maladie (Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine, 2019; Coccia et al., 2018). Cette technique n'est plus considérée comme expérimentale pour les tissus ovariens (Lee et al., 2021; Silber et al., 2010), mais des recherches sont toujours en cours dans le cas des tissus testiculaires (Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine, 2019). La cryoconservation de ces tissus n'est pas

encore utilisée à grande échelle, entre autres parce qu'elle requière le développement de protocoles pour la maturation de celles-ci à l'aide de d'autres méthodes que par l'autotransplantation (Nahata et al., 2019; Borgström et al., 2020; Rodriguez-Wallberg, et al., 2022; Coleman et al., 2022; Krebs et al., 2022). Malgré les données disponibles, les professionnel·les de l'étude de Chen et al. (2019) démontrent un niveau de connaissances variées sur les procédés bien implantés et ceux émergents de la préservation de la fertilité auprès des jeunes trans et non-binaires.

Les professionnel·les se questionnent également sur la maturité des jeunes à prendre une décision éclairée par rapport à leur avenir sur un sujet aussi sensible que la préservation de la fertilité (de Snoo-Trimp et al., 2022; Tishelman et al., 2019), ce qui rejoint d'ailleurs les propres préoccupations de certain·es jeunes qui se jugent trop jeunes pour être en mesure de se positionner sur le sujet (Harris et al., 2020; Nahata et al., 2020). En effet, les professionnel·les émettent des préoccupations quant à la capacité des jeunes de bien saisir les impacts de l'hormonothérapie, leur manque d'expérience et la possibilité qu'iels changent d'idée quant à une parentalité future dans les prochaines années (de Snoo-Trimp et al., 2022; Tishelman et al., 2019). À cet égard, iels soulignent l'importance de répéter les discussions sur la fertilité au fil du temps, tant pour les jeunes que pour les adultes trans et non-binaires (Chen et al., 2019b; Tishelman et al., 2019).

Outre la maturité décisionnelle, les professionnel·les doivent aussi considérer les caractéristiques individuelles de chaque jeune, notamment dans le domaine de la santé mentale. Selon l'étude de Nahata et al. (2017), la présence de différentes comorbidités en termes de santé mentale pourrait être associée à la difficulté de se projeter positivement à l'âge adulte. C'est pourquoi certaines personnes professionnelles disent adapter leur pratique en matière de conseils sur la préservation de la fertilité en fonction des caractéristiques neurologiques des jeunes, telle qu'un trouble du spectre de l'autisme (Lai et al., 2021). Bien que cela fasse partie de leur rôle, ces

caractéristiques peuvent venir complexifier leur pratique, puisque les approches sont différentes pour d'assurer le consentement libre et éclairé (Lai et al., 2021).

Rôle auprès des parents. Le guide de la WPATH suggère aussi d'impliquer les parents dans ces discussions. Le soutien des parents est primordial au bien-être des jeunes et est souvent conditionnel à l'obtention de soins, particulièrement pour les jeunes d'âge mineur de 17 ans et moins (Coleman et al., 2022). Effectivement, les parents sondés dans les études à ce sujet trouvent important d'informer les jeunes sur les impacts de l'hormonothérapie et souhaitent que les options de la préservation de la fertilité soient discutées avec leur enfant, notamment pour éviter de potentiels regrets (Strang et al., 2018; Harris et al., 2020).

Il est important pour les professionnel·les d'impliquer les parents des jeunes en tant que partenaires essentiel·les du processus de prise de décision en matière de préservation de la fertilité de leur enfant (Tishelman et al., 2019). Iels reconnaissent que cela peut représenter un défi lorsque les points de vue sont différents entre les jeunes et leurs parents, ceux-ci pouvant souhaiter plus que leur enfant qu'iel effectue la préservation de sa fertilité. Effectivement, certains parents souhaitent être grands-parents ce qui peut générer de la pression auprès de l'enfant afin qu'iel préserve ses gamètes (de Snoo-Trimp et al., 2022; Riggs & Bartholomaeus, 2020). L'étude de Persky et al. (2020) rapporte d'ailleurs que pour 13% des parents de l'étude, il était important d'avoir des enfants ou des petits-enfants biologiques et que jusqu'à 33% des parents étaient prêts à retarder la prise des bloqueurs de puberté pour effectuer la préservation de la fertilité de leur enfant. Conséquemment, les professionnel·les ont un rôle d'accompagnement des jeunes et de leur famille, notamment lorsque les points de vue sont différents quant à la fertilité (Quain et al., 2020; Coleman et al., 2022; Krebs et al., 2022). Les professionnel·les préconisent ainsi la prise de décision partagée en matière de fertilité entre les jeunes et leurs parents, ce qui est d'ailleurs suggéré par la WPATH (Lai et al., 2021). Cela comprend l'exploration des valeurs sur les relations futures,

la famille et les différentes voies vers la parentalité (famille d'accueil, adoption). Cela offre une direction pour faciliter la conversation entre les jeunes et leurs parents pour comprendre, explorer et gérer les résistances ou les difficultés dans les conversations sur la fertilité. Concrètement, elle implique de reconnaître les différents points de vue tout en défendant les désirs des jeunes concernant leur fertilité actuelle et future. Ainsi, la prise de décision partagée permet de prendre une décision en accord avec les valeurs de la personne afin de minimiser les regrets potentiels (Lai et al., 2021). Les professionnel·les sont donc en mesure de reconnaître l'importance de l'implication des parents et d'adapter leur pratique à l'aide d'une approche spécifique.

Référence vers les services spécialisés. Une autre recommandation du guide de la WPATH stipule que les jeunes et leurs parents intéressé·es par la préservation de la fertilité devraient bénéficier d'une référence adéquate à des cliniques ou à des professionnel·les en fertilité détenant une expertise permettant d'approfondir les discussions (Coleman et al., 2022). Par ailleurs, le pourcentage de jeunes qui décident de préserver leur fertilité serait plus élevé à la suite d'une consultation spécialisée sur le sujet (Chen et al., 2019a; Amir et al., 2022). En plus, une consultation avec personne spécialiste permettrait de réduire le sentiment de regret lié à la décision de poursuivre ou non la préservation de la fertilité (Vyas et al., 2021).

Malgré les recommandations de la WPATH, l'étude de Bartholomaeus et al. (2021) démontre la présence de lacunes quant aux protocoles de référencement aux ressources spécialisées du point de vue des jeunes et de leurs parents. Par ailleurs, c'est moins de la moitié des personnes répondantes (47%) de l'étude de Chen et al. (2019b) qui déclarent orienter systématiquement leurs patient·es vers des spécialistes de la fertilité. D'un autre côté, les études recensent effectivement un bas taux de jeunes qui désirent une référence vers des services spécialisés en fertilité, entre 12 et 24% (Chen et al., 2017; Cooper et al., 2022; Wakefield et al., 2019; Stolk et al., 2023). Néanmoins, bien que peu de jeunes soient référé·es vers ces services, les données démontrent que

88% à 100% des jeunes ont discuté de la préservation de la fertilité avec une personne professionnelle au moins une fois à travers leur parcours (Chiniara et al., 2019; Chen et al., 2017; Segev-Becker et al., 2020; Nahata et al., 2017; Brik et al., 2019; Cooper et al., 2022; Wakefield et al., 2019; Pang et al., 2020; Stolk et al., 2023).

Barrières liées à la préservation de la fertilité

En plus des recommandations du guide des standards de soins, il existe des barrières d'accessibilité à la préservation de la fertilité reliées aux procédures médicales de la préservation que les professionnel·les doivent prendre en considération dans leur pratique. La compréhension de ces barrières est essentielle dans le but d'offrir des soins de qualité et de favoriser l'accès équitable pour toustes. Le contexte entourant ces barrières sera expliqué, de même que la compréhension détenue par les jeunes et les professionnel·les à l'égard de ces dernières selon les données de la littérature.

Délais. Les professionnel·les s'entendent pour souligner que les délais engendrés par une préservation de la fertilité représentent un obstacle important à la transition médicale (Chen et al., 2019b; Lai et al., 2021; Erbenius & Gunnarsson Payne, 2018). En effet, du point de vue des jeunes, entreprendre des traitements de préservation de la fertilité représente une étape supplémentaire avant la prise du traitement hormonal, retardant ainsi la transition médicale souhaitée par elleux (Nahata et al., 2017; Vyas et al., 2021 Chen et al., 2017; Harris et al., 2020). De surcroit, les jeunes ont aussi à composer avec d'autres délais au cours de la transition médicale, notamment les longues listes d'attente pour accéder à des professionnel·les et spécialistes transaffirmatifs·ves, ce qui alourdit déjà le processus d'affirmation de genre.

Ces délais liés à la préservation de la fertilité peuvent aussi aggraver la dysphorie de genre (Chen et al., 2019b; Lai et al., 2021; Erbenius & Gunnarsson Payne, 2018), puisque la plupart du temps le sentiment d'urgence pour accéder aux traitements d'affirmation de genre prime sur le

désir d'avoir des enfants biologiques dans le futur (Chen et al., 2019b; Lai et al., 2021; Tishelman et al., 2019). D'autre part, pour les jeunes ayant déjà amorcé une hormonothérapie, cela peut impliquer l'arrêt temporaire de leur traitement afin de préserver la fertilité, ce qui est considéré comme inenvisageable par plusieurs.

Risques médicaux. Les professionnel·les mentionnent aussi les risques médicaux associés aux procédures comme étant une barrière à la préservation de la fertilité (Riggs & Bartholomaeus, 2020). Iels font état d'hypothèses normatives genrées sur la présentation de la préservation de la fertilité comme étant difficile pour les personnes assignées « femmes » et facile pour les personnes assignées « hommes » (Riggs & Bartholomaeus, 2020). En termes médicaux, le caractère invasif et la complexité des procédures varient effectivement en fonction du système reproducteur de la personne. Pour les personnes ayant des ovules, la préservation de la fertilité peut nécessiter plusieurs cycles de stimulation de l'ovulation pour atteindre un nombre satisfaisant d'ovocytes et implique une intervention médicale pour prélever les gamètes (Veale et al., 2022; Brouillet et al., 2022). Pour les personnes avec des spermatozoïdes, le prélèvement par masturbation est considéré comme étant moins complexe et invasif par la communauté médicale (Chen & Simons, 2018; Buckloh et al., 2022). Les données des études soutiennent d'ailleurs que la préservation de la fertilité est davantage effectuée par les personnes ayant des spermatozoïdes (Segev-Becker et al., 2020; Vyas et al., 2021; Schelble et al., 2017; Chen et al., 2017; Stolk et al., 2023). Ainsi, certaines personnes professionnelles sous-entendent implicitement que la préservation est moins confrontante sur le plan psychologique en fonction du type de gamètes à prélever, sans égard à l'expérience intrinsèque du genre à travers ces traitements (Riggs & Bartholomaeus, 2020).

Toutefois, les études démontrent que le caractère invasif des traitements est un facteur pouvant générer de la dysphorie de genre pour plusieurs jeunes (Krebs et al., 2022; Nahata et al., 2017; Kerman et al., 2021; Persky et al., 2020; Morrison et al., 2020; Stolk et al., 2023; Nahata et

al., 2020; Chen et al., 2017; Chen et al., 2019a; Brik et al., 2019). En effet, il peut y avoir un inconfort physique associé aux procédures, particulièrement lorsqu'elles concernent des parties du corps auxquelles les jeunes ne s'identifient pas (Nahata et al., 2017; Brik et al., 2019; Persky et al., 2020). En plus, bien que la masturbation soit médicalement moins complexe que la ponction ovarienne, elle peut aussi générer de la dysphorie de genre chez les jeunes (Brik et al., 2019; Nahata et al., 2017). En effet, les jeunes qui veulent préserver leurs spermatozoïdes peuvent faire face à des professionnel·les habitué·es de travailler avec des hommes adultes et à devoir se masturber dans une salle adaptée pour des hommes cisgenres, pouvant rendre le processus très inconfortable pour une jeune personne. La facilité du processus du point de vue médical n'est donc pas nécessairement corrélée au degré de souffrance que cela peut occasionner chez la personne.

Coûts. Les coûts financiers représentent aussi un obstacle important pour les jeunes trans et non-binaires lorsque les traitements ne sont pas couverts (Nahata et al., 2017; Chen et al., 2017; Chen et al., 2019a; Vyas et al., 2021; Veale et al., 2022; Harris et al., 2020; Kyweluk et al., 2018; Persky et al., 2020; Van Donge et al., 2019). Cela peut d'ailleurs générer une détresse qui découle de l'inaccessibilité financière aux soins souhaités par certain·es jeunes (Chen et al., 2019a). Les professionnel·les constatent que plusieurs jeunes ne peuvent pas se payer les traitements pour préserver leur fertilité, entre autres aux États-Unis, lorsque les procédures ne sont pas couvertes par les assurances (Chen et al., 2019b; Tishelman et al., 2019). Qui plus est, les professionnel·les ont aussi conscience des coûts qui diffèrent en fonction du type de gamètes que la personne possède. Étant donné la complexité des traitements, le prélèvement d'ovules est plus cher à effectuer (Tishelman et al., 2019).

L'enjeu financier serait toutefois moins présent dans les pays offrant une couverture pour les traitements (Tishelman et al., 2019), ce qui est le cas pour le Québec. La préservation de la fertilité est couverte par la RAMQ depuis 2021 sous le couvert du programme de procréation

médicalement assistée. Les services fournis comprennent notamment la stimulation ovarienne, les services de prélèvements d'ovules, le prélèvement de sperme et la congélation ainsi que l'entreposage des gamètes pour une durée de 5 ans ou jusqu'à ce que la personne atteigne l'âge de 25 ans (Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale, 2022). Ainsi, les coûts directement liés aux procédures ne sont pas un enjeu à proprement dit, mais des ressources financières sont tout de même nécessaires notamment pour les déplacements ou encore le temps requis pour se rendre aux points de services (Pullen Sansfaçon et al., 2015; Poirier et al., 2019).

Connotations de genre et rôles sociaux. Au-delà des barrières directement liées aux traitements, des personnes professionnelles ont conscience que la réticence d'une parentalité biologique de certain·es jeunes est liée à des connotations associées au genre (Lai et al., 2021). En effet, plusieurs études soulignent une incongruence ressentie par les jeunes entre leur identité de genre, le lien biologique et le rôle social (père ou mère) auprès d'un·e futur·e enfant (Brik et al., 2019; Kyweluk et al., 2018; Persky et al., 2020; von Doussa et al., 2015). Telle que l'illustre une jeune de l'étude de von Doussa et al. (2015), elle ne peut pas s'imaginer être à la fois une femme, une épouse et une mère, tout en étant le « père » biologique de son enfant. D'autres jeunes mentionnent que de s'imaginer vivre une grossesse ou un accouchement accentue leur dysphorie de genre (Vyas et al., 2021; Harris et al., 2020). Le fait que ces jeunes ne puissent pas accéder à la parentalité biologique de la même façon que les personnes cisgenres serait un obstacle important pour elleux (Kyweluk et al., 2018; von Doussa et al., 2015). D'autres jeunes soulignent la présence de stigmatisation reliée à la parentalité des personnes de la diversité de genre comme étant un obstacle majeur à la préservation de la fertilité (Chen et al., 2018).

Attitudes des professionnel·les

Les écrits démontrent que les professionnel·les peuvent également adopter des comportements problématiques et nuisibles entourant les discussions sur la préservation de la

fertilité, limitant ainsi l'accès à certains traitements du processus d'affirmation de genre des jeunes trans et non-binaires.

Pratiques de gatekeeping et subjectivité des professionnel·les. La WPATH énonce explicitement que la préservation de la fertilité ne devrait pas être utilisée pour refuser ou retarder l'accès à un traitement hormonal (Coleman et al., 2022; Buckloh et al., 2022). Cette recommandation fait référence aux pratiques de *gatekeeping* utilisées de manière consciente ou inconsciente par les professionnel·les lors de la prestation de services auprès des personnes trans. Ces pratiques sous-tendent une forme de contrôle lié à l'accessibilité des traitements d'affirmation de genre (Gridley et al., 2016). Il existe différentes formes de *gatekeeping*, par exemple, lorsque des professionnel·les sont hésitant·es à offrir les traitements par manque de connaissances, et ce, malgré qu'elles relèvent de la responsabilité professionnelle. Cela génère alors des délais supplémentaires pour l'accès à ces soins, notamment dans le cas de l'hormonothérapie (Gridley et al., 2016). Les personnes professionnelles détiennent ainsi un pouvoir sur l'accès aux services que nécessitent les jeunes, au point que certain·es jeunes peuvent ressentir de l'impuissance dans la prise de décisions qui les concernent et dissimuler certains choix de vie ou une détresse émotionnelle par crainte que l'accès aux traitements soit retiré à tout moment (Chong et al., 2021; Gridley et al., 2016; Alpert et al., 2017).

Ces préoccupations sont d'ailleurs confirmées dans le cas de la préservation de la fertilité. En effet, les résultats de Bartholomaeus et Riggs (2020) mettent en lumière la crainte d'adultes trans et non-binaires de ne pas avoir accès aux traitements nécessaires à la transition médicale par l'anticipation de *gatekeeping* à travers la préservation de la fertilité. Conséquemment, une personne de cette étude explique même avoir omis de mentionner son désir d'une parentalité biologique par peur de se faire refuser l'hormonothérapie.

Parmi les études recensées sur les professionnel·les qui interviennent auprès des personnes trans et non-binaires, une seule personne professionnelle de l'étude de Riggs et Bartholomaeus

(2020) mentionne le risque de *gatekeeping*. Elle parle de la présence de ce risque lorsqu'elle encourage la préservation de la fertilité, mais le décrit comme une « opportunité » puisque ça serait la seule occasion de la faire. Toutefois, les standards de soins recommandent d'avoir cette discussion de manière continue plutôt qu'à un seul moment (Coleman et al., 2022). Bien qu'il y ait effectivement des moments clés pour aborder la fertilité, envisager la discussion à un seul moment pose le risque de générer une pression importante à la fois sur les jeunes, leur famille et la personne professionnelle.

Cette même étude fait d'ailleurs état d'une subjectivité de la part de certain·es professionnel·les quant à la présentation de la préservation de la fertilité. Cette subjectivité prend forme d'encouragements ou de découragements d'avoir recours aux traitements de préservation qui iraient au-delà du consentement éclairé, et en outrepassant parfois même les désirs de parentalité exprimés par les adultes trans et non-binaires (Riggs & Bartholomaeus, 2020). D'une part, davantage de personnes ont été découragées d'entreprendre la préservation de leur fertilité, notamment par le peu d'informations fournies par la personne professionnelle et la nature brève de l'entretien. D'autre part, des personnes professionnelles de cette même étude ont encouragé la préservation de la fertilité et elle serait présentée comme une « police d'assurance », au cas où les personnes trans et non-binaires décidaient ultérieurement d'avoir des enfants biologiques. Iels reconnaissent que les personnes de la diversité de genre ne finiraient peut-être pas par devenir parents, mais que la préservation de la fertilité demeurait une décision pragmatique à prendre (Riggs & Bartholomaeus, 2020). D'autres professionnel·les ont reconnus que leurs propres expériences personnelles influençaient la façon dont iels percevaient l'importance de la fertilité, notamment par rapport à leur propre posture de parent (Lai et al., 2021).

Conséquemment, la subjectivité démontrée par les professionnel·les à propos des traitements de préservation de la fertilité a ainsi un impact sur l'accessibilité des traitements pour

les jeunes trans et non-binaires. Cependant, les résultats des études démontrent que peu de professionnel·les semblent reconnaître la présence de certaines de ces pratiques problématiques, tandis que cet enjeu est régulièrement exprimé par les personnes de la diversité de genre lorsqu'elles sont interrogées à propos de leurs contacts auprès des professionnel·les de la santé (Bartholomaeus & Riggs, 2020).

Pratiques cisnormatives. Les professionnel·les dénotent aussi plusieurs pratiques cisnormatives, plus spécifiquement dans un contexte clinique spécialisée en médecine reproductive. Les personnes interrogées de l'étude d'Armuand et al. (2020) ont souligné le langage et les symboles cissexistes utilisés à la clinique, en plus de l'adaptation nécessaire dans la façon de communiquer les informations, à la fois sur la préservation de la fertilité que sur la planification de la création d'une famille. Par exemple, les documents administratifs non adaptées comprennent des brochures, des questionnaires et des affiches qui véhiculent encore de nombreux stéréotypes genrés et cisnormatifs (Erbenius & Gunnarsson Payne, 2018). En plus, les professionnel·les disent avoir de la difficulté à utiliser les bons pronoms, surtout quand l'expression de genre sort de la norme par rapport à l'identité de genre (Armuand et al., 2020). Par ailleurs, des professionnel·les de la santé en clinique de fertilité ont soulevé un défi important en matière de professionnalisme lorsqu'iels ont été confronté·es à leurs opinions et valeurs préconçues sur le genre. Effectivement, certain·es d'entre elleux ont démontré une ambivalence par rapport à la clientèle en lien avec un sentiment de malaise et des expressions difficiles à comprendre (Armuand et al., 2020).

Ces pratiques cisnormatives touchent également directement le sentiment de sécurité des jeunes trans et non-binaires dans la prestation de soins de santé de manière générale. Les écrits font état de mégenrage, de la non-reconnaissance de l'identité de genre par les professionnel·les, des environnements non inclusifs, la peur de vivre de la discrimination et de la stigmatisation, l'anticipation constante d'être « *outé·e* » (dévoilement fait par une autre personne que la personne

concernée, et ce, sans son consentement) ou encore la dysphorie de genre qui peut être vécue lors d'examens médicaux (Gridley et al., 2016; Chong et al., 2021; Armuand et al., 2017; von Vogelsang et al., 2016; Dowshen et al., 2017).

Malgré cela, les professionnel·les démontrent leur désir de faire preuve d'empathie envers les personnes de la diversité de genre, mais cette empathie serait limitée par le manque d'expérience, l'absence d'un langage adapté et le manque d'outils pour travailler avec cette clientèle sans être discriminatoire (Erbenius & Gunnarsson Payne, 2018). De ce fait, l'adaptation de la communication à la fois orale et écrite représente un défi de taille selon les professionnel·les œuvrant dans des cliniques de médecine reproductive.

Peur de commettre des erreurs. Un autre enjeu soulevé par les professionnel·les travaillant dans des cliniques spécialisées est la peur de commettre des erreurs. Paradoxalement, l'acquisition de nouvelles connaissances sur le sujet a parfois comme effet de générer un sentiment d'incompétence auprès de plusieurs professionnel·les (Armuand et al., 2020; Erbenius & Gunnarsson Payne, 2018), puisqu'iels prennent alors conscience de l'écart important entre leurs pratiques et celles qui doivent être mises en place pour soutenir les personnes trans et non-binaires (Armuand et al., 2020). De plus, la crainte de d'intervenir de façon inappropriée avec cette clientèle renforce les comportements d'évitement de la part du personnel (Armuand et al., 2020). Par exemple, une personne professionnelle de cette étude dit avoir ressentie une profonde tristesse lorsqu'elle a réalisé qu'elle avait manqué de sensibilité à l'égard d'un·e patient·e, lui faisant craindre les interactions futures avec cette clientèle (Armuand et al., 2020).

Solutions proposées par les professionnel·les

À la lumière des éléments problématiques identifiés quant à la pratique des professionnel·les de la santé au sujet de la préservation de la fertilité auprès des jeunes trans et non-binaires, plusieurs solutions sont proposées pour améliorer la pratique.

Besoin de formation. Le fait de pouvoir bénéficier de formations sur le sujet de la préservation de la fertilité a une incidence positive sur les pratiques professionnelles. Ainsi, l'étude conduite par Armuand et al. (2020) a démontré que des professionnel·les ayant bénéficié d'une d'une formation au sujet des personnes trans et des implications de la dysphorie de genre en contexte de clinique spécialisée en fertilité se sentent plus outillé·es pour comprendre la complexité du diagnostic et des besoins spécifiques qui y sont reliés. Cela leur a permis de faire preuve d'empathie, puisqu'iels comprenaient mieux certaines réactions des personnes trans et non-binaires de même que l'importance d'adopter de bonnes pratiques, notamment en lien avec le mégenrage. Par le fait même, cela a aussi permis de générer un sentiment de sécurité chez la clientèle (Armuand et al., 2020).

Stratégies inclusives et transaffirmatives. Des professionnel·les soulignent également l'importance de soutenir une discussion qui soit respectueuse de l'identité de la personne, notamment par la création d'espaces sécuritaires permettant de favoriser l'engagement de la clientèle dans des discussions qui peuvent générer des malaises (Lai et al., 2021). Par exemple, des professionnel·les disent avoir supprimé les connotations genrées en lien avec la fertilité et la parentalité dans les discussions avec les patient·es. Les connotations genrées peuvent prendre différentes formes, entre autres de mentionner que le « père » est la personne qui utilise ses spermatozoïdes pour concevoir un·e enfant. En plus, l'adoption d'un langage plus neutre est également valorisée (Lai et al., 2021) en utilisant le mot gamètes au lieu d'ovules et spermatozoïdes ou encore, de saignement plutôt que de menstruations (Armuand et al., 2020). Être sensible aux termes employés par la personne elle-même est également préconisé. Aussi, pour les jeunes qui vivent du stress lors de ces discussions, certaines personnes professionnelles disent utiliser des stratégies pour faciliter les échanges. Parmi ces stratégies recensées, les professionnel·les disent aborder le sujet comme étant une opportunité pour les jeunes d'avoir accès à une éducation sexuelle individualisée (Armuand et al., 2020) ou encore l'utilisation de l'humour (Lai et al., 2021).

En plus de la communication orale, les professionnel·les mentionnent l'importance d'adapter les dossiers médicaux pour qu'ils soient en phase avec les prénom et pronom(s) de la personne ou avec toute autre spécification personnelle (Armuand et al., 2020). Également, un protocole standardisé en matière de conseils entourant la fertilité et des brochures d'information que les personnes peuvent emporter chez elles seraient également des outils aidants (Lai et al., 2021).

Pratique réflexive. Les études prônent l'adoption d'une pratique réflexive dans le cadre des discussions entourant la fertilité et la préservation de la fertilité, notamment en soulignant l'importance pour les professionnel·les de prendre conscience de leurs préjugés internes et à leurs pratiques cliniques (Armuand et al., 2020; Lai et al., 2021; Erbenius & Gunnarsson Payne, 2018). En effet, ces préjugés alimentent les pratiques de *gatekeeping* (Riggs & Bartholomaeus, 2020), de mégenrage et de non-reconnaissance du vécu des jeunes trans et non-binaires telles mentionnées précédemment (Armuand et al., 2020). En contexte clinique de médecine reproductive, la pratique réflexive implique une prise de conscience en regard aux pratiques du microsystème de la clinique (ex : documents administratifs, interactions auprès de la clientèle, etc.) ainsi qu'une compréhension des récits hétéronormatifs dominants de la société (Lai et al., 2021). Concrètement, les professionnel·les de l'étude de Lai et al. (2021) ont commencé à inciter les patient·es trans de la clinique à s'interroger davantage sur leur fertilité, et ce, au-delà d'un sujet à « cocher » de la liste pour obtenir des hormones tout en remettant en question les rôles traditionnels de genre autour de la parentalité.

En plus, des professionnel·les soulignent la possibilité d'introduire des outils de soutien à la réflexion éthique dans leur pratique dans le cadre des discussions en matière de fertilité. Par exemple, un questionnaire d'aide à l'évaluation des connaissances et des sentiments sur la fertilité future, un outil d'aide à la décision pour les jeunes et leur famille (Johnson et al., 2016) ou un outil d'aide à la réflexion éthique par les professionnel·les (de Snoo-Trimp et al., 2022). Ces outils

permettraient d'aider les professionnel·les à mieux définir et à aborder leurs enjeux moraux au sein de la pratique, tout en facilitant la gestion des informations complexes et la transmission de ces dernières de manières neutres (Johnson et al., 2016; de Snoo-Trimp et al., 2022). Toutefois, malgré le potentiel de ces outils, le sujet de la fertilité devrait être introduit en personne avant l'utilisation d'un outil clinique (Johnson et al., 2016).

Travail multidisciplinaire. Les résultats des études sont congruents quant à l'importance du travail multidisciplinaire (Lai et al., 2021; Chen et al., 2019b; Johnson et al., 2016; Tishelman et al., 2019). Les professionnel·les détiendraient des connaissances comparables sur la fertilité, qu'iels soient médecins, psychologues et ou tout autre type de professionnel·le de la santé, mais davantage de médecins discuteraient de la fertilité avec les patient·es (Chen et al., 2019b). Cependant, une équipe multidisciplinaire offre l'opportunité de discuter de la fertilité à différents moments, et ce, avec plusieurs types de professionnel·les. Ainsi, aborder systématiquement la question de la fertilité avec des professionnel·les provenant de différentes disciplines a comme avantage de répartir la transmission d'informations sur plusieurs séances. Cela permet aussi aux jeunes et adultes trans et non-binaires d'avoir suffisamment d'occasions pour développer leur réflexion sur la fertilité d'un point de vue médical, psychologique et prospectif (Lai et al., 2021).

Lorsque chaque professionnel·le contribue à ces discussions à l'aide de son expertise, la qualité des soins s'en trouve d'autant plus améliorée (Lai et al., 2021). Ainsi, le travail multidisciplinaire serait important pour conseiller efficacement en matière de fertilité selon des professionnel·les de la clinique en fertilité de l'étude de Lai et al. (2021). Par exemple, les pédiatres se concentreraient principalement sur les effets secondaires médicaux des hormones, les professionnel·les en santé mentale encadreraient les conversations autour des émotions, des expériences et de l'avenir potentiel et les gynécologues étaient plus habileté·es à aborder les options de préservation de la fertilité (Lai et al., 2021).

En somme, le travail multidisciplinaire permet de créer une communauté de pratique avec un accès à des soins spécialisés en matière de fertilité en plus de favoriser les communications lors de la gestion de scénarios difficiles qui impliquent des enjeux éthiques ou des aspects médicaux complexes (Lai et al., 2021). La présence d'une personne spécialiste de la fertilité au sein même d'une équipe multidisciplinaire est un atout majeur selon l'étude de Lai et al. (2021), entre autres, car cela évite de référer à l'externe à des professionnel·les dont l'expérience auprès des jeunes trans et non-binaires peut être limitée. Une équipe multidisciplinaire spécialisée est donc susceptible favoriser l'accessibilité des services, la qualité des soins, les discussions internes plus complexes et approfondies de même que le développement général de la pratique des professionnel·les (Lai et al., 2021; Armuand et al., 2020; de Snoo-Trimp et al., 2022).

Principaux résultats de la recension

L'enjeu de la préservation de la fertilité auprès des jeunes trans et non-binaires devient pertinent à aborder à travers la transition médicale dans le cas d'un désir d'une parentalité biologique. Divers types de professionnel·les sont amené·es à participer à ces discussions. La préservation de la fertilité devrait donc être abordée avant tout type de traitement hormonal ou chirurgical impliquant le système reproducteur (Coleman et al., 202; Hembree et al., 2017). L'enjeu de la fertilité devrait faire partie d'une discussion en continue à travers le processus d'affirmation de genre, à la fois auprès des jeunes et de leur famille (Coleman et al., 2022; Hembree et al., 2017). Plusieurs éléments doivent être abordés au sein de cette discussion, notamment les effets à long terme des traitements d'affirmation de genre, dans quelle mesure la fertilité peut ou non être retrouvée si l'hormonothérapie est interrompue, quelles sont les options pour préserver sa fertilité, les options de techniques d'assistance médicale à la procréation et les options alternatives pour accéder à la parentalité (Coleman et al., 2022; Brouillet et al., 2022). Les professionnel·les doivent aussi être aptes à évaluer la maturité cognitive et émotionnelle des jeunes, notamment en ce qui a

trait à leur capacité de prendre des décisions concernant leur fertilité, puis de référer adéquatement les jeunes et leur famille à des services spécialisés en fertilité (Coleman et al., 2022).

Cette recension des écrits a permis de porter un regard sur la pratique des professionnel·les sur l'objet de la recherche. Il est possible de constater qu'iels respectent certains énoncés du guide des standards de soins, dont le fait d'aborder la préservation de la fertilité avant l'hormonothérapie (Tishelman et al., 2019; Chen et al., 2019b) en prenant compte de la maturité cognitive des jeunes (de Snoo-Trimp et al., 2022; Tishelman et al., 2019) et qu'iels sont soucieux·ses d'inclure les parents dans la décision (Lai et al., 2021; Tishelman et al., 2019). Les professionnel·les sont aussi en mesure de reconnaître la présence d'enjeux qui sous-tendent la préservation de la fertilité tels que les délais des traitements de la préservation pouvant être générés au sein du processus d'affirmation de genre (Chen et al., 2019b; Lai et al., 2021; Erbenius & Gunnarsson Payne, 2018), le sentiment d'urgence des jeunes d'affirmer leur identité qui prime sur la préservation de leur fertilité (Chen et al., 2019b; Lai et al., 2021; Tishelman et al., 2019), les risques médicaux encourus (Riggs & Bartholomaeus, 2020) et les connotations genrées par rapport à une parentalité future (Lai et al., 2021).

Néanmoins, les professionnel·les démontrent également des lacunes quant à leur pratique faisant état d'une disparité dans l'application des standards de soins. Certaines personnes professionnelles manquent de connaissances, à la fois sur les procédures de la préservation que sur l'entreposage et l'utilisation future des gamètes (Chen et al., 2019b; Tishelman et al., 2019; Armuand et al., 2020). Elles semblent aussi peu aborder les autres options possibles vers la parentalité et leur processus de référencement vers des services spécialisés manquerait de rigueur (Chen et al., 2019b). Les professionnel·les possèdent également des biais internes qui influencent la manière dont la préservation de la fertilité est abordée. Parmi ces biais se retrouvent des pratiques de *gatekeeping* (Riggs & Bartholomaeus, 2020), des biais de valeurs (Riggs & Bartholomaeus,

2020; Lai et al., 2021), des pratiques cissexistes (Armuand et al., 2020; Erbenius & Gunnarsson Payne, 2018) et un manque de confiance envers leur propre pratique, et ce, particulièrement les professionnel·les en milieu clinique spécialisé (Armuand et al., 2020; Erbenius & Gunnarsson Payne, 2018).

Plusieurs enjeux sont donc soulevés au regard de cette recension concernant la pratique des professionnel·les, mais aussi des pistes de solutions pour l'amélioration de cette dernière. Parmi les solutions mentionnées se retrouvent la formation (Armuand et al., 2020), le développement de pratiques inclusives et affirmatives de l'identité de genre des jeunes (Lai et al., 2021; Armuand et al., 2020), l'adoption d'une pratique réflexive (Armuand et al., 2020; Lai et al., 2021; Erbenius & Gunnarsson Payne, 2018) et la nécessité du travail multidisciplinaire (Lai et al., 2021; Chen et al., 2019b; Johnson et al., 2016; Tishelman et al., 2019). Les professionnel·les de domaines psychosociaux font ainsi partie des voix qui sont pertinentes à entendre au sein des discussions entourant la pratique, car la préservation de la fertilité auprès des jeunes trans et non-binaires est un sujet complexe qui nécessite une réflexion approfondie recueillant plusieurs points de vue. Ce faisant, la compréhension de l'enjeu de la fertilité s'en verra approfondie à l'instar de l'amélioration des pratiques transaffirmatives qui le sous-tendent.

Objectif de recherche

À la lumière des résultats de la recension des écrits, la question de recherche est la suivante : Quels sont les points de vue des professionnel·les du domaine des sciences humaines et sociales (psychoéducation, travail social, sexologie, psychologie, etc.) au sujet de la préservation de la fertilité des jeunes trans et non-binaires au Québec?

L'objectif général est de mieux comprendre les pratiques d'intervention des professionnel·les issu·es de domaines psychosociaux en regard à la préservation de la fertilité des jeunes trans et non-binaires en contexte québécois.

Plus précisément, les objectifs spécifiques de la recherche sont de :

- Documenter les connaissances des professionnel·les au sujet de la préservation de la fertilité;
- Documenter des pratiques d'intervention de professionnel·les œuvrant auprès des jeunes trans et non-binaires, de leurs parents et en collaboration avec d'autres professionnel·les;
- Proposer des pistes d'amélioration de la pratique par rapport à la préservation de la fertilité.

Pertinence de la recherche

Pertinence sociale

Considérant l'historique de pathologisation de l'identité de genre (Clark, 2021; Romanelli & Hudson, 2017), l'augmentation du nombre de jeunes trans et non-binaires au sein des services de santé (Krebs et al., 2022), et du désir de plusieurs d'accéder à une parentalité biologique dans le futur (Chen et al., 2019a; Chen et al., 2018; Schelble et al., 2017; Strang et al., 2018; Harris et al., 2020; Morrison et al., 2020; Persky et al., 2020), il est essentiel que les professionnel·les de la santé qui les accompagnent soient informé·es des enjeux liés à la fertilité dans le contexte de la transition médicale, et ce, afin de leur offrir des soins de qualité qui respectent leurs droits reproductifs. La qualité des soins et le respect de leurs droits sont influencés par les compétences des professionnel·les (Whitman & Han, 2017), d'où la pertinence d'approfondir sur leurs points de vue en tant que troisième perspective sur l'objet.

À travers l'exploration des connaissances et des pratiques des professionnel·les, ce mémoire peut aider à identifier des enjeux qui sous-tendent la pratique sur la fertilité et des barrières d'accessibilité aux soins qui se dressent contre les jeunes. Ce projet peut ainsi contribuer à la protection et à la promotion de leurs droits reproductifs, tout en visant une amélioration potentielle de leur qualité de vie. En plus, en proposant des solutions possibles face aux obstacles rencontrés par les jeunes, cela peut aider à renforcer une prise en charge respectueuse de leurs vécus et favoriser leur inclusion dans le système de santé. Ainsi, cette recherche s'inscrit dans une démarche visant à améliorer l'accès à des soins de santé inclusifs pour les personnes de la diversité de genre, et, ultimement, à promouvoir une société plus équitable.

Pertinence scientifique

Ce projet peut contribuer à combler l'absence de données dans la littérature scientifique en se concentrant spécifiquement sur le point de vue des professionnels des domaines psychosociaux,

un angle souvent négligé dans les études portant sur la préservation de la fertilité chez les jeunes trans et non-binaires (Armuand et al., 2020; Bartholomaeus & Riggs, 2020). Cette approche a le potentiel d'apporter un éclairage nouveau sur les enjeux psychosociaux liés l'enjeu de la fertilité et venir complémenter le point de vue des jeunes, des parents, et des professionnel·les du domaine médical selon une approche holistique.

En documentant les connaissances et les pratiques, ce mémoire peut contribuer à identifier des lacunes et des besoins en formation, puis à proposer des pistes d'amélioration afin d'enrichir les données empiriques servant à l'élaboration de programmes de formation. Également, les résultats obtenus peuvent contribuer à établir un lien entre les données empiriques existantes et les pratiques cliniques actuelles, encourageant la réflexion sur les concepts qui façonnent la pratique, tout en favorisant à l'évolution des standards de soins.

Pertinence disciplinaire

Les psychoéducateurs·rices se retrouvent dans divers milieux, que ce soit dans le réseau de la santé et des services sociaux, dans les organismes communautaires, en pratique autonome ou encore en milieu scolaire. Avec près de 1800 personnes psychoéducatrices présentes dans les écoles primaires et secondaires du Québec (Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec, s. d.), elles sont souvent parmi les premières personnes professionnelles à recevoir les confidences des jeunes concernant leur identité de genre et leurs préoccupations (Proulx, 2023). Cette proximité leur confère un rôle essentiel dans le soutien précoce et l'orientation vers des ressources appropriées.

Également, iels sont bien placé·es pour offrir un accompagnement en santé mentale, ce qui est particulièrement important face aux risques élevés de suicide, d'idéations suicidaires et d'automutilation chez ces jeunes (Pullen Sansfaçon et al., 2024). À travers des interventions

renforçant le potentiel adaptatif des jeunes, soit leurs ressources et limites individuelles, les psychoéducateurs·rices peuvent aussi les soutenir dans leur capacité à communiquer leurs besoins en matière de soins d'affirmation de genre et de préservation de la fertilité auprès du corps médical. Iels jouent également un rôle clé dans l'amélioration du potentiel expérientiel, qui réfère aux ressources environnementales et limites des milieux de vie, en travaillant à la création de milieux plus inclusifs et à l'amélioration de l'accessibilité aux soins de santé (Pullen Sansfaçon et al., 2024).

CHAPITRE 2

Cadre conceptuel de la recherche

Le cadre conceptuel de ce mémoire repose sur la justice reproductive, qui offre une structure cohérente à l'analyse en l'inscrivant dans un contexte théorique, social et politique plus vaste (Morison, 2021; Crenshaw, 2017). La justice reproductive a été retenue puisqu'elle met l'accent sur l'accès équitable aux soins en matière de reproduction et aux droits fondamentaux des personnes (SisterSong, 2016; Ross & Solinger, 2017; Morison, 2021). Ce choix théorique est particulièrement pertinent car il met de l'avant les injustices historiques et les systèmes d'oppression qui ont affecté la capacité reproductive de certains groupes. Il souligne également l'importance du mouvement militant pour les droits reproductifs en insistant sur la nécessité de répondre aux besoins spécifiques des populations marginalisées. De surcroit, l'intégration du concept de l'intersectionnalité au sein de la justice reproductive permet de comprendre comment des facteurs identitaires alimentent des systèmes d'oppression, créant ainsi des obstacles à l'autodétermination, notamment pour les jeunes trans et non-binaires.

Ainsi, ce chapitre détaille les fondements de la justice reproductive ainsi que son évolution en tant que mouvement militant. Les inégalités systémiques qui affectent l'accès aux soins de la préservation de la fertilité seront ensuite abordés à la lumière du concept de l'intersectionnalité, puis ma posture de la chercheure sera présentée au regard du projet.

Justice reproductive : définition et bref historique

La justice reproductive s'intéresse aux inégalités d'accès aux ressources en matière de reproduction, qu'elles soient économiques, sociales ou politiques, tout en mettant l'accent sur l'identification des barrières qui entravent l'accès équitable aux soins et services (Riggs & Bartholomaeus, 2020).

La justice reproductive vise le bien-être physique, mental, spirituel, politique, économique et social des personnes, et ce, par le biais de ressources économiques, sociales et politiques qui

permettent de prendre des décisions saines concernant son propre corps, sa sexualité et sa reproduction (Asian Communities for Reproductive Justice, 2005). La justice reproductive est basée sur ces trois droits de la personne : le droit d'avoir un.e enfant dans les conditions de son choix, le droit de ne pas avoir d'enfant à l'aide des moyens contraceptifs de son choix et le droit d'élever son ou ses enfant(s) dans un environnement sécuritaire et sain, exempt de violence (Ross & Solinger, 2017). La justice reproductive repose ainsi sur l'accès, plutôt que le fait d'avoir « le choix », puisqu'il n'y a pas de choix sans l'accès à ce choix (SisterSong, 2016).

Le concept de justice reproductive s'est développé en réponse aux injustices historiques et aux systèmes d'oppression qui ont affecté la capacité reproductive de certaines populations marginalisées (Luna & Luker, 2013; Morison, 2021; SisterSong, 2016). Ce cadre théorique met en lumière le mouvement des droits reproductifs, toujours d'actualité, et souligne la nécessité de défendre les droits des personnes marginalisées en prenant en compte leurs besoins spécifiques (SisterSong, 2016).

La justice reproductive a d'abord émergé à travers un contexte historique portant directement atteinte à la capacité reproductive de populations marginalisées, par la mise en place de stratégies pro et antinatalistes mises en place dans une optique de contrôle, générant ainsi des systèmes d'oppression et d'enjeux de pouvoir (Morison, 2021). Pensons notamment à la période coloniale de l'Amérique du Nord où l'esclavage a été utilisé comme pratique économique pour favoriser l'enrichissement des États colonisateurs (Luna & Luker, 2013). La reproduction rapide de la population esclave, issue principalement du continent africain était jugée essentielle pour alimenter la quantité de main d'œuvre requise au développement économique. La loi virginienne de 1662 sur l'esclavage stipulait d'ailleurs que le statut d'un nouveau-né était basé sur celui de la mère. Cela évitait le métissage entre les propriétaires blancs et les personnes soumises à l'esclavage, tout en favorisant l'augmentation des populations esclaves (Luna & Luker, 2013). En parallèle, ce

type d'instrumentalisation à des fins capitalistes a aussi été utilisé auprès des peuples autochtones, mais pour en diminuer leur nombre, puisqu'ils représentaient un frein à l'établissement des colonies européennes aux Amériques. Au Canada, leur génocide s'est perpétué à travers la pratique de placement de leurs enfants dans les pensionnats du XVIIe siècle jusqu'à la fin des années 1990 (Luna & Luker, 2013). Plus récemment vers la fin du XXe siècle, le mouvement militant des droits des femmes a permis de mettre en lumière les enjeux liés à l'accès à la contraception et à l'avortement. Toutefois, ces revendications concernent davantage aux femmes blanches des milieux nantis (Luna & Luker, 2013; Morison, 2021; Ross & Solinger, 2017). Par ce manque de représentativité, des organisations ont donc vu le jour pour faire valoir les droits reproductifs et mettre en lumière les enjeux spécifiques des femmes de couleur (Morison, 2021), notamment le National Black Women's Health Project en 1984, le Mother's Milk Project en 1985, the National Latina Health Organization en 1986, le Native American Women's Health Education and Resource Center de 1988, et le Asian Communities for Reproductive Justice en 1989, aujourd'hui Forward Together (Luna & Luker 2013).

C'est donc en 1994 aux États-Unis que le terme « justice reproductive » a été pour la première fois utilisé par un groupe de femmes issues de la communauté noire, nommé Women of African Descent, pour justement faire valoir les besoins et les droits des personnes racisées, marginalisées et trans au sein du mouvement des droits de la femme (Daniel, 2021; Luna et Luker, 2013; Morison, 2021). Le cadre de la justice reproductive sur la base des droits a aussi été popularisé par SisterSong Women of Color Reproductive Health Collective créé en 1997 (Luna & Luker 2013; Daniel, 2021).

Le terme de la justice reproductive est ainsi né d'un désir de mettre en avant-plan les besoins et la dignité reproductive des personnes marginalisées, et ce, à l'aide d'une compréhension des mécanismes d'exclusion vécus par certaines populations (Asian Communities for Reproductive

Justice, 2005; SisterSong, 2016; Ross & Solinger, 2017). La justice reproductive a aussi été reprise au sein d'autres mouvements pour la lutte de droits, notamment pour les personnes de la diversité de genre et sexuelle (Morison, 2021; Daniel, 2021).

Intersectionnalité

L'intersectionnalité est une partie intégrante du cadre et du mouvement militant de la justice reproductive (Ross, 2017; SisterSong, 2016). Ce concept reconnaît la présence de diverses sources d'oppression en lien avec l'identité d'une personne, ainsi que l'accumulation des préjudices qui accompagne ces systèmes d'oppression (Crenshaw, 2017; Luna & Luker, 2013). L'intersectionnalité est aussi au cœur des mouvements militants des féministes noires telles que bell hooks (1981), Patricia Hill Collins (1989), Angela Davis (1983), Audre Lorde (1984) (Moradi & Grzanka, 2017). Le terme « intersectionnalité » a été utilisé pour la première fois en 1989 par la juriste afro-américaine Kimberlé Williams Crenshaw (Crenshaw, 1989; Moradi & Grzanka, 2017). Selon Crenshaw (1989), le concept de l'intersectionnalité est comparé à une femme noire qui se tient à l'intersection des rues « Ethnicité » et « Genre », alors vulnérable aux véhicules qui circulent dans les deux voies. Le vécu d'une personne est alors indissociable à l'expérience simultanée de ses différentes identités et les oppressions qui en découlent. Le concept d'intersectionnalité met aussi en lumière la dichotomie entre la perception que la personne a d'elle-même et la perception oppressive de la société à l'égard de ses identités. Ainsi, ce sont plutôt les perceptions qui génèrent les oppressions multiples sur une même personne que l'appartenance à ces identités en tant que telle (Ross, 2017; Tebbe & Budge 2022).

La justice reproductive est intrinsèquement imbriquée dans le concept d'intersectionnalité (Ross, 2017; SisterSong, 2016). En effet, l'intersectionnalité reconnaît que les identités et les systèmes d'oppression interagissent et se chevauchent, générant des préjudices handicapant la capacité d'autodétermination des personnes. L'intersectionnalité met donc en lumière l'influence

de différents facteurs tels que l'âge, le statut socioéconomique, l'identité de genre, l'orientation sexuelle et bien plus sur les enjeux entourant la préservation de la fertilité (Moradi & Grzanka, 2017). Les inégalités systémiques qui en découlent affectent disproportionnellement les communautés les plus vulnérables, notamment les jeunes trans et non-binaires, puisque les normes hétérocisnormatives déterminent la manière dont les services sont organisés et offerts (Radi, 2020; Riggs & Bartholomaeus, 2020). D'autre part, le consentement éclairé aux soins ne peut exister qu'en contexte social plus large qui reconnaît l'autonomie reproductive des personnes de la diversité de genre, notamment par les professionnel·les de la santé (Riggs & Bartholameus, 2020). Ainsi, ce n'est qu'en s'intéressant spécifiquement à l'expérience intersectionnelle des personnes qu'il sera possible d'adapter les pratiques et les politiques (Radi, 2020).

Posture de chercheure

En lien avec la justice reproductive, mon propre parcours a directement été affecté par une mesure antinataliste visant le contrôle d'une population. Une brève explication du contexte me permettra de présenter ma posture en tant que chercheure qui s'intéresse à une population marginalisée.

Politique de l'enfant unique

Je suis née en Chine en 1997. J'ai été adoptée avant ma première année de vie par ma mère qui avait un projet soloparental. Mon adoption découle des conséquences de la politique de l'enfant unique mise en place par la Chine de 1979 à 2016. Cette mesure extrême avait comme objectif de freiner la croissance démographique rapide de la nation. À l'époque, la Chine anticipait une pénurie de ressources financières et matérielles, générant des enjeux sociaux et économiques internes, représentant un frein au développement économique du pays (Feng et al. 2013). Cette mesure a bel et bien permis de réduire le nombre de naissances pendant les trois décennies suivantes, mais l'analyse des impacts non anticipés de la politique remet grandement en question sa légitimité (Whyte et al., 2015; Feng et al., 2013). De manière non exhaustive, il est possible de mentionner les violences physiques, les avortements genrés, les infanticides féminins et les stérilisations forcées (Feng et al., 2016). Selon (Whyte et al., 2015), en 1983, le pays aurait connu 21 millions de naissances, 14.4 millions d'avortements et 20,7 millions de stérilisations et 17,8 millions de poses de stérilets, procédures pour la plupart exécutées de manière non consensuelle.

Ces pratiques ont d'ailleurs généré des milliers de naissances jugées illégitimes sous la politique de l'enfant unique. Un très grand nombre de ces enfants ont été abandonné·es, particulièrement les bébés de genre féminin, étant donné la préférence du genre masculin menant à une discrimination genrée quant au choix de garder ou non l'enfant (Bao et al., 2019). Ces nouveau-nés ont alimenté le secteur de l'adoption internationale établie à partir de 1992 en Chine.

Les parents adoptant payaient plusieurs milliers de dollars pour un·e enfant. L'argent perçu par les orphelinats a permis d'alimenter des pratiques de trafic humain, à travers lesquelles une structure organisationnelle a été mise en place afin de fournir des enfants à ces établissements (Johnson, 2020).

Après 37 ans de renforcement de cette politique, le gouvernement a décidé de permettre aux familles d'avoir deux enfants, notamment en lien avec le bas taux des naissances et la population vieillissante (Feng et al, 2016). En 2021, le gouvernement a à nouveau annoncé un changement quant au nombre d'enfants, permettant maintenant jusqu'à trois enfants (Tatum, 2021). Aujourd'hui, le pays fait face à un ratio inégal d'hommes comparativement aux femmes qui serait estimé entre 20 et 40 millions d'individu·es, en plus de la démographie de la population vieillissante nettement plus élevée que celle des plus jeunes générations (Feng et al., 2016; Cai, 2015).

Ainsi, mon parcours de vie a été directement affecté par cette politique de l'enfant unique qui représente ce que le mouvement de la justice reproductive dénonce, soit l'atteinte des droits fondamentaux en matière de reproduction.

Posture d'apprenante et réflexion sur la posture d'allié·e

Je me considère comme une personne cisgenre hétérosexuelle, je ne fais donc pas partie des communautés LGBTQIA2S+. En étant située à l'extérieur de la communauté trans et non-binaire, je tente d'adopter une posture d'apprenante et d'alliée, sans toutefois en revendiquer le terme. Je souhaite faire preuve de sensibilité et d'humilité tout en étant consciente des enjeux, notamment pour éviter de reproduire des schèmes de recherche nuisibles aux communautés tels que de réitérer des rapports de pouvoirs et d'exclusion des personnes concernées. En partant d'un positionnement d'intervenante se situant à l'extérieure des communautés, mon regard n'est pas posé directement sur les personnes en faisant partie, mais plutôt sur l'accompagnement et l'intervention auprès d'elles.

En plus, le sujet de la préservation de la fertilité me touche puisqu'il est aussi lié à l'adoption, qui est l'alternative la plus citée pour la création d'une famille dans les recherches sur les jeunes trans et non-binaires (Brik et al.,2019; Chen et al., 2018; Chiniara et al., 2019; Harris et al., 2020; Morrison et al., 2020; Nahata et al., 2020; Nahata et al., 2017; Persky et al., 2020; Schelble et al., 2017; Strang et al., 2018). Ainsi, mon rapport au lien biologique s'est construit à partir de mon bagage expérientiel de personne adoptée dans lequel la génétique n'est pas un élément conditionnel à la création d'une famille.

Un autre élément qui, je crois, facilite mon empathie est mon impression de ne pas nécessairement m'intégrer, ni complètement à la culture québécoise, et encore moins à la culture chinoise. Au niveau de mes valeurs et de mes références culturelles, je me considère québécoise. Toutefois, je sais que d'un point de vue extérieur, j'ai les attributs physiques d'une personne asiatique. De ce fait, les rétroactions des gens sur mon apparence me rappellent que je ne suis pas d'« ici » et assument que je possède la culture chinoise, ou du moins en partie. Les microaggressions qui me rappellent mes différentes identités sont fréquentes, que ce soit des commentaires sur ma langue, mes yeux bridés ou le fait que je préfère manger avec une fourchette plutôt qu'avec des baguettes. Ma culture québécoise est donc souvent invalidée, autant par des inconnu·es que par des personnes de mon entourage, ce qui m'empêche de pleinement ressentir le sentiment d'appartenance d'être « Québécoise ». Il y a donc cette construction de soi qui est fortement influencée par le regard de l'Autre, comme s'il y avait des catégories de Québécois et Québécoises, les « pures laines » qui le sont dès la naissance et ceux qui le deviennent.

Je pense ainsi que mon parcours de vie et ma propre expérience de l'intersectionnalité me permet d'avoir une sensibilité et une empathie cognitive envers ce que les personnes trans et non-binaires peuvent vivre, tout en animant mon désir de justice sociale pour toustes.

CHAPITRE 3

Méthodologie

Cette section sur la méthodologie vise à fournir une compréhension claire et transparente des choix et des procédures qui ont guidé cette recherche. Le contexte de la recherche initiale du projet Préfer sera présentée, en soulignant ses objectifs et sa méthodologie. Ensuite, l'approche qualitative exploratoire adoptée pour ce mémoire sera détaillée, tout en expliquant comment elle contribue à l'atteinte des objectifs de recherche. Par la suite, le processus de collecte de données sera décrit, y compris les critères d'inclusion et d'exclusion des participant·es, ainsi que les défis rencontrés lors du recrutement. Enfin, les méthodes d'analyse des données seront expliquées, puis la manière dont ont été traitées les informations recueillies lors des entrevues. Un aperçu du profil des professionnel·les et intervenant·es ayant participé à la recherche et des jeunes qu'iels accompagnent sera également présenté.

Contexte de la recherche initiale

Le Projet Préfer – PRÉservation FERtilité –, financé par le Conseil de recherche en sciences humaines du Canada (CRSH), a été réalisé en partenariat avec l'organisme Jeunes Identités Créatives et le Centre hospitalier universitaire (CHU) Sainte-Justine. Cette étude a été menée par le chercheur principal Kévin Lavoie, professeur à l'École de travail social et de criminologie de l'Université Laval, ainsi que les cochercheureuses Annie Pullen Sansfaçon, Isabel Côté, Lyne Chiniara et Nicholas Chadi. Ce projet visait à documenter les points de vue de jeunes trans et non-binaires et de leurs parents à propos de la préservation de la fertilité. Plus précisément, il s'agissait de recueillir la parole de jeunes qui veulent ou qui ont affirmé leur identité de genre par une transition médicale pouvant affecter leur fertilité et la mettre en dialogue avec celle de parents ayant un·e enfant trans ou non-binaire. Au total, quinze jeunes et seize parents ont été recruté·es. La collecte de données auprès des jeunes s'est effectuée en deux temps, soit la création de *memes* utilisant la méthode de la photovoix, puis par une entrevue individuelle semi-structurée. À l'instar

des jeunes, les parents ont participé à une entrevue individuelle semi-structurée. Les résultats qui ont découlé de cette recherche ont notamment permis la création d'un arbre de décision pour les jeunes et leur famille en ce qui concerne la prise de décision entourant la préservation de la fertilité[1]. Des publications Instagram ont aussi été créées en reprenant les thèmes ressortis à l'aide de la photovoix[2].

Le projet initial avait écarté le volet des personnes professionnelles et intervenantes psychosociales œuvrant auprès des jeunes trans et non-binaires. Du fait de mon implication en tant qu'auxiliaire de recherche dans le projet, j'ai pu reprendre ce volet et l'explorer comme sujet de recherche dans le cadre de mon mémoire en tant que troisième perspective sur l'objet.

Approche qualitative exploratoire

L'approche qualitative exploratoire a été retenue puisqu'elle aborde en profondeur des phénomènes complexes encore peu étudiés dans le domaine de la recherche. Elle s'intéresse au sens donné par une population d'un enjeu social, tout en reconnaissant l'apport réflexif de la personne chercheure inhérent au processus de la recherche (Creswell & Poth, 2016).

L'approche qualitative exploratoire représente aussi un élément clé dans l'élaboration de stratégies et d'interventions efficaces en matière de promotion de la santé (Creswell & Poth, 2016). En référence aux objectifs spécifiques de la recherche mentionnés précédemment, les expériences des professionnel·les sont mises de l'avant dans le but de favoriser les pratiques transaffirmatives et qui répondent au cadre de la justice reproductive auprès des jeunes trans et non-binaires.

[1] https://arbredecision.ca/
[2] https://arbredecision.ca/campagne-instagram/.

Collecte de données

La méthode de collecte de données retenue est l'entrevue semi-structurée. Ce type d'entrevue constitue une interaction verbale de type conversationnel et permet de s'intéresser au vécu des personnes et à leur point de vue sur le sujet de la recherche, ce qui est indiqué en recherche qualitative (Fylan, 2005). Dans le cas où le sujet de recherche peut être délicat à aborder, la manière dont l'entrevue semi-structurée est menée permet de créer un espace accueillant qui invite au partage de connaissances. De ce fait, ce type d'entrevue permet d'adresser directement les questions et les malaises, tout en valorisant le consentement de la personne qui ne souhaite pas répondre à une question ou qui veut mettre fin à son entrevue (Fylan, 2005). Préalablement, un guide d'entrevue a été réalisé (voir Annexe A) avec des questions ouvertes préétablies portant sur divers thèmes. Les entrevues se sont déroulées sur la plateforme Zoom en automne 2022 et ont été enregistrées.

Les personnes participantes devaient lire et remplir un formulaire de consentement (voir Annexe B) et un questionnaire sociodémographique (voir Annexe C) tous les deux sur la plateforme en ligne Lime Survey (dont les serveurs sont hébergés à l'UQO dans le but de garantir la sécurité des données récoltées). Au début de l'entrevue, qui s'est déroulée virtuellement, un survol du formulaire de consentement a été réalisé dans le but de s'assurer que la personne avait bien lu et compris le document. Toutes les entrevues ont été conduites en français.

Critères d'inclusion et d'exclusion

Plusieurs critères ont été établis en ce qui concerne les personnes participant au projet. Elles devaient travailler dans un domaine psychosocial (ex : psychoéducation, éducation spécialisée, travail social, sexologie, psychologie, etc.) et être impliquées dans la trajectoire de soins et de services en matière de transition médicale pour les jeunes trans et les jeunes non-binaires âgé·es entre 14 et 25 ans (déterminé en fonction des objectifs définis dans le projet de recherche initial).

Les personnes devaient également détenir quelques connaissances sur ce qu'est le processus de la préservation de la fertilité, à tout le moins avoir une idée de ce que c'est. Iels devaient avoir au moins un an d'expérience auprès de ces jeunes. Cette période permettait de s'assurer qu'un minimum de contenu serait récolté lors de la collecte des données. Les personnes participantes devaient parler français ou anglais. Enfin, toute personne ayant eu des contacts avec la clientèle cible au-delà de trois ans aurait été exclue de la recherche, et ce, dans le but de s'assurer que les données recueillies reflèteraient le plus près possible les réalités de la pratique actuelle.

Recrutement

Dans le but de recruter des personnes participantes répondant aux critères établis, vingt-quatre organismes œuvrant auprès de clientèles LGBTQIA2S+ ont été sollicités afin de participer à la diffusion de mon affiche de recrutement (voir Annexe D). Ces organismes provenaient autant du milieu communautaire que du réseau public et du milieu de la recherche. La première tentative de recrutement qui s'est déroulée pendant l'été 2022 n'a pas été fructueuse. Il est probable que la période estivale soit moins propice au recrutement à raison des horaires variés de vacances et d'un ralentissement des services. Les organismes contactés étaient pour la plupart des ressources d'aide, n'ayant pas comme public cible les personnes professionnelles et intervenantes. C'est pourquoi à l'automne 2022, une douzaine de pages Facebook regroupant des personnes professionnelles de différents domaines visés par la recherche, soit en travail social, en sexologie, en psychologie et en psychoéducation ont été contactées pour diffuser mon affiche de recrutement. Ce moyen a permis de recruter seize personnes participantes.

Les personnes intéressées à participer étaient invitées à communiquer via mon courriel officiel de l'UQO. À partir de ce premier contact, un courriel était envoyé afin de planifier un court appel téléphonique qui permettait de présenter le projet, s'assurer que la personne répondait bien aux critères et planifier une date pour l'entrevue individuelle semi-structurée (voir Annexe E). À

la suite de cet appel, un second courriel était envoyé contenant trois liens, soit celui du formulaire de consentement, le questionnaire sociodémographique, puis le lien Zoom pour l'entrevue virtuelle. Au total, seize personnes professionnelles et intervenantes provenant de divers milieux ont été rencontrées. Dans le cadre de cette recherche, après la quinzième entrevue, les données recueillies ne révélaient plus de nouvelles thématiques significatives, ce qui indiquait que la saturation était en grande partie atteinte. Le concept de saturation des données stipule qu'une fois qu'aucun nouveau thème ou information pertinente n'émerge, la collecte de données peut être considérée comme suffisante (Fusch & Ness, 2015). Ainsi, ce nombre de participant·es s'est avéré adéquat pour produire une analyse en profondeur des pratiques des professionnel·les.

Analyse des données

Les verbatims ont été transcrits à l'aide du logiciel Descript. Ce logiciel offre un service de transcription automatisée en français moyennant des frais mensuels. Après une première transcription de type brouillon, l'utilisation du logiciel Express Scribe a permis de ralentir de débit de la séquence audio et de corriger la première transcription. Les données ont été colligées dans des fichiers Microsoft Word.

L'analyse thématique a été privilégiée comme type d'analyse du présent matériel selon la méthode de Paillé et Mucchielli (2021). L'analyse thématique, telle que suggérée par les auteurs, a comme fonction de repérer les thèmes pertinents en regard des objectifs de la recherche, puis de documenter les similarités ou les discordances, menant ainsi à l'élaboration d'un arbre thématique représentatif du contenu analysé. Cette méthode permet ainsi de transposer un corpus de données sous forme de thèmes, puis de sous-thèmes, appelée la thématisation. Dans ce présent mémoire, le processus de thématisation a débuté à partir des thèmes principaux identifiés dans le guide d'entrevue, qui ont été conçus pour répondre aux objectifs de la recherche. L'entrevue commençait par une mise en contexte de la pratique des répondant·es, suivie de questions sur les caractéristiques

de leur clientèle de jeunes trans et non-binaires. Ensuite, les questions portaient sur leurs connaissances et pratiques en matière de préservation de la fertilité, et ce, en tenant compte de la collaboration avec les divers·es partenaires impliqué·es. La dernière section explorait leur perception de leur rôle à l'égard du sujet et leurs suggestions de pistes d'amélioration. Pour affiner cette première catégorisation, trois entrevues jugées riches en contenu ont été sélectionnées. Ces entrevues ont permis de préciser les principaux thèmes de l'arbre thématique à travers l'analyse en profondeur de leurs réponses. Une fois la principale structure de l'arbre établie, ce dernier a été transposé dans le logiciel NVivo 12 à des fins de codage. La codification est le processus qui implique d'identifier chaque segment des transcriptions à un thème ou un sous-thème représentant le message ou l'idée véhiculée par le segment. Le processus de codification a été itératif, c'est-à-dire que l'arbre thématique a évolué au fur et à mesure de l'analyse. Après la première série de codifications, un retour a été effectué sur les codes initiaux afin de valider leur pertinence et leur exhaustivité. Par exemple, certains sous-thèmes ont été ajoutés lorsque des extraits ont révélé des nuances importantes non capturées initialement. D'autres éléments ont été fusionnés sous un même thème lorsque les distinctions étaient trop spécifiques, ou lorsqu'un seul extrait correspondait à un code. Par exemple, dans les enjeux de la préservation de la fertilité, les sous-thèmes « jeune âge » et « difficulté à se projeter » ont été combinés pour former « âge et trajectoire développementale », puisque les deux étaient intrinsèquement liés. Cette approche a permis d'affiner l'arbre thématique et de renforcer sa cohérence. À mesure que le codage progressait, des notes ont été ajoutées (« peut être codé avec… ») pour indiquer la présence de liens ou de chevauchements entre certains codes. Ainsi, un même extrait pouvait être codé sous plusieurs thèmes, mettant en évidence la complexité des données codifiées véhiculant plusieurs idées en même temps, tout en permettant déjà d'établir des liens à faire ressortir dans analyse. Par exemple, les réactions des jeunes face aux discussions, les scénarios de discussions et les enjeux relatifs à la préservation de la fertilité étaient

régulièrement abordés dans un même segment. En plus, les extraits de verbatims qui ne trouvaient pas immédiatement de place dans les codes existants ont été placés dans « autres », puis ont été réévalués vers la fin du processus une fois l'ensemble des verbatims codés. Ces segments ont soit donné lieu à la création de nouveaux sous-thèmes ou ont été intégrés à des thèmes déjà existants, renforçant ainsi la compréhension globale des données. Par exemple, le sous-thème lié à la perception des répondant·es du domaine médical concernant la préservation de la fertilité a été ultérieurement subdivisé afin de mieux distinguer les différents discours à ce sujet. À la fin du processus, il est possible de mentionner que la saturation des données a été atteinte, signifiant qu'aucun nouveau thème ni sous-thème pertinent n'émergeait des dernières entrevues. Cela a confirmé que l'arbre thématique était complet et représentatif du corpus de données. L'arbre thématique final est ainsi composé de six grands thèmes subdivisés en sous-thèmes, en réponse aux objectifs de la recherche (voir Annexe F). Le premier thème, intitulé « Projet de recherche », a permis de situer les répondant·es par rapport à leurs connaissances du projet et à leurs motivations, ainsi qu'à comprendre leurs attentes vis-à-vis du projet. Le second thème, « Description de la clientèle », portait sur les caractéristiques des jeunes trans et non-binaires avec lesquel·les les professionnel·les interviennent. Ce thème a permis de mieux contextualiser leurs interventions et de saisir comment les spécificités de cette population peuvent influencer leur pratique. Le troisième thème, « Milieux et tâches professionnels », cherchait à documenter leur contexte de travail et la présence de contraintes organisationnelles pouvant influencer la qualité des soins et la coordination des services entre partenaires. Le quatrième thème, « Approches et cadres de référence », permettait d'évaluer dans quelle mesure les personnes professionnelles s'appuyaient sur des approches et des cadres de référence basées sur les bonnes pratiques auprès des jeunes trans et non-binaires. Le cinquième thème, portant sur la « Préservation de la fertilité », explorait leurs connaissances sur le sujet, permettant d'identifier les écarts entre la littérature et la pratique, tout mettant en évidence

les enjeux reliés au sujet de la recherche pouvant limiter l'accès à ces traitements. Enfin, le sixième thème, « Pratique et rôle professionnels en lien avec la préservation de la fertilité », examinait la perception des participant·es sur leur implication professionnelle et personnelle sur le sujet, et ce, dans le but de générer de nouvelles connaissances. C'est également à travers ce thème que les pistes d'amélioration afin de mieux répondre aux besoins des jeunes en matière de préservation de la fertilité étaient abordées.

Enjeu éthique lié à la représentation des jeunes trans et non-binaires par des professionnel·les

Un enjeu éthique central de cette étude réside dans le fait de donner la parole à des professionnel·les au sujet des jeunes trans et non-binaires. La recherche portant sur ces jeunes exige une réflexion approfondie sur la manière dont elle est conduite, particulièrement en raison de leur vulnérabilité accrue. En effet, les adolescent·es trans et non-binaires subissent de la stigmatisation et de la discrimination liées à leur identité de genre, un phénomène qui se reflète également dans le milieu de la recherche. Historiquement, les groupes marginalisés, notamment les jeunes trans et non-binaires, ont été largement exclu·es des processus de recherche les concernant, ce qui a entraîné des lacunes dans les connaissances scientifiques et dans la compréhension de leurs besoins spécifiques (Macapagal et al., 2017; Servais et al., 2024). Cette vulnérabilité est d'autant plus exacerbée par le contexte sociopolitique actuel inquiétant. Uniquement aux États-Unis, ce sont 32 lois fédérales anti-trans qui ont été adoptées en 2023 interdisant l'accès à des soins d'affirmation de genre pour les mineur·es (Wade, 2024).

En se questionnant sur l'approche des professionnel·les interrogé·es, ce projet permet de garantir qu'iels ne parlent pas « à la place » des jeunes, mais bien que l'objet de la recherche soit abordé à partir de leur propre posture. Il est crucial de souligner que la parole des professionnel·les, dans ce cadre, est mise au service des intérêts des jeunes trans et non-binaires.

Considérations éthiques générales

Ce mémoire a été mené dans le respect des principes éthiques de la recherche impliquant des êtres humains. Avant leur participation, les professionnel·les ont été informé·es des objectifs de la recherche, de la nature volontaire de leur participation, de leur droit de se retirer à tout moment sans préjudice, et de la confidentialité de leurs réponses. Un formulaire de consentement éclairé a été utilisé afin de s'assurer que chaque répondant·e comprenait pleinement les implications de sa participation et donnait son consentement libre et éclairé. De plus, des mesures ont été prises dans le but de protéger l'anonymat des participant·es en utilisant des pseudonymes et en évitant de divulguer des informations permettant de les identifier. Le projet de recherche a été soumis et approuvé par le comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec en Outaouais (2022-2152, Annexe G).

Malgré ces précautions, il demeure important de reconnaître la présence de certains enjeux éthiques. En effet, bien que l'objectif principal de l'étude soit d'explorer les pratiques professionnelles, il est possible que les discussions sur leur pratique auprès des jeunes et sur la préservation de la fertilité puissent avoir amené les participant·es à partager des expériences personnelles ou des réflexions pouvant les rendre vulnérables ou générer des malaises. Ainsi, une attention particulière a été portée à la formulation des questions afin d’éviter toute intrusion dans la sphère personnelle des participant·es et se concentrer sur leurs pratiques professionnelles. En plus, même si des mesures ont été mises en place afin de respecter l'anonymat, le partage d'informations, même professionnelles, dans un domaine spécifique tel que l’accompagnement des jeunes trans et non-binaires en lien avec leur processus d’affirmation de genre peut potentiellement entraîner une identification indirecte, surtout dans des contextes où le nombre de professionnel·les est restreint, par exemple en régions éloignées des grands centres. Également, bien que cette recherche vise à améliorer les connaissances et les pratiques professionnelles entourant la

préservation de la fertilité, il est important de reconnaître que les résultats pourraient être interprétés ou utilisés de manière à dépasser les intentions initiales de l'étude. Il est impératif de s'assurer que les conclusions ne soient pas détournées pour influencer de manière inappropriée les décisions des jeunes trans et non-binaires concernant la préservation de la fertilité ou leur accès à d'autres traitements liés à l'affirmation de genre. À cet égard, une attention particulière a été portée quant à la formulation des résultats et des conclusions, un langage nuancé a été privilégié afin de reconnaître la complexité de enjeux et d'encourager la réflexion critique. Enfin, une vigilance dans la diffusion des résultats est essentielle afin de réduire les risques associés à une utilisation inappropriée de ceux-ci.

Portrait des personnes professionnelles et intervenantes

Seize entrevues ont été réalisées et quinze personnes ont répondu au questionnaire sociodémographique. Une personne s'est abstenue de répondre pour des raisons personnelles. Leurs caractéristiques sociodémographiques sont résumées dans le Tableau 1. Des pseudonymes ont été attribués dans le but de respecter la confidentialité et de protéger l'identité des professionnel·les.

L'échantillon total se compose de seize personnes. L'âge des personnes se situe entre 22 et 59 ans avec un âge moyen de 37,81 ans. Le dernier niveau d'études est diversifié soit un DEC [2], un baccalauréat [6], une maîtrise [6] ou un doctorat [2]. En ce qui concerne les types de professions, la plupart sont en travail social [7], en sexologie [4], en psychologie [1], en adaptation scolaire [1], en éducation spécialisée [1] et en psychoéducation [1]. Les personnes travaillent, pour la plupart, à temps plein [10], d'autres à temps partiel [5], sont travailleuses autonomes [6] et aux études [4]. L'échantillon couvre neuf régions administratives du Québec, dont la région de Montréal [5], l'Outaouais (Gatineau) [2], la Capitale-Nationale (Québec) [3], la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine (Sainte-Anne-des-Monts) [1], la Montérégie (Brossard) [1], la Mauricie (Trois-Rivières) [1],

l'Estrie (Sherbrooke) [1], le Saguenay-Lac-Saint-Jean (Saguenay) [1] et les Laurentides (Pointe-Calumet) [1]. Au niveau des milieux de pratique, les personnes travaillent en majorité au privé [8], dans un centre local de services communautaires (CLSC) [3], en milieu communautaire [3], en milieu hospitalier (CH) [2] et en milieu scolaire [1]. Les années d'expérience en intervention varient entre 2 ans et plus de 25 ans, pour une moyenne de 11,93 ans. En ce qui concerne les années d'expérience auprès de clientèles trans et non-binaires, c'est plutôt entre 1 an et 20 ans, pour une moyenne de 5,6 ans. Ensuite, plus de la moitié des répondant·es disent consacrer moins de 25% de leur pratique [7] aux clientèles trans et non-binaires, pour d'autres ce pourcentage se situe entre 26% et 99% [6] ou 100% [2]. Au niveau de l'identité de genre, la majorité des personnes participantes s'identifie au genre féminin [10], une minorité au genre masculin [3], une personne au genre féminin, mais avec une expression de genre neutre et une personne s'identifie comme un homme trans. Pour ce qui est de l'orientation sexuelle, un peu plus de la majorité des personnes s'identifient à la diversité sexuelle et s'auto-identifient comme étant gaies, homosexuelles, queer, bisexuelles, pansexuelles ou lesbiennes [8] et le reste des personnes de l'échantillon se disent hétérosexuelles [7]. En ce qui a trait à l'ethnicité, plusieurs termes sont utilisés par les personnes rencontrées. Au sein des quinze personnes, « Québécois·e » est utilisé onze fois, « blanc·he » et « caucasien·ne » sept fois, « Canadien·ne » trois fois et « francophone » deux fois. Une personne s'identifie comme étant Québécoise et Polonaise, une personne étant Latino-Américaine et une personne se dit d'origine québécoise et française. Les personnes se disent pour la plupart ne pas avoir d'appartenance religieuse ou être athées.

Tableau 1

Caractéristiques des professionnel·les et intervenant·es

Pseudonyme	Âge	Diplôme	Titre d'emploi	Ville	Type de milieu	Années d'expérience en intervention		Pourcentage de la pratique consacré à la clientèle trans et non-binaire
						En général	Auprès des jeunes trans et non-binaires	
Sarah (elle)	28	Maîtrise	Sexologue Psychothérapeute	Montréal	Clinique privée	5	5	Moins de 25%
Chloé (elle)	22	Baccalauréat	Travailleuse sociale	Montréal	Centre hospitalier Clinique de diversité de genre	2	2	Pratique exclusive
Simon (il)	24	DEC	Intervenant	Gatineau	Communautaire	5	1	Plus de 76%
Valérie (elle)	27	DEC	Intervenante	Québec	Communautaire et pratique privée	5	2-3	Entre 26 et 50%
Virginie (elle)	47	Maîtrise	Travailleuse sociale	Montréal	CLSC Programme JED	20	3	Moins de 25%
Sophie (elle)	33	Baccalauréat	Sexologue	Montréal	Privé	10	2	Moins de 25%
Adrianna (elle)	48	Maîtrise	Sexologue Psychothérapeute	Brossard	Privé	23	18	Entre 51 et 75%
Micheline (elle)	59	Baccalauréat	Travailleuse sociale	Sainte-Anne-des-Monts	CLSC Programme JED	13	5	Moins de 25%
Ianik (il)	31	Baccalauréat	Intervenant	Trois-Rivières	Communautaire	4	4	Pratique exclusive
Joanie (elle)	30	Maîtrise	Psychoéducatrice	Sherbrooke	Centre hospitalier, pédopsychiatrie	6	6	Moins de 25%

Manon (elle)	37	Baccalauréat	Travailleuse sociale Assistante de recherche Superviseure de stage	Saguenay	Privé	13	3	Moins de 25%
Mélissa (elle)	49	Maîtrise	Sexologue	Pointe-Calumet	Scolaire et privé	25	20	Plus de 76%
Hugo (il)	35	Doctorat	Psychologue	Gatineau	Clinique privée de psychologie	8	5	Entre 26 et 50%
David (il)	41	Maîtrise	Travailleur social	Québec	Privé	15	5	Entre 26 et 50%
Chantal (elle)	49	Baccalauréat	Travailleuse sociale	Québec	CLSC Programme JED	Plus de 25	2-3	Moins de 25%
Rose-Eva (elle)	45	Doctorat	N/A	Montréal	N/A	N/A	N/A	N/A

CHAPITRE 4

Résultats

Le prochain chapitre détaille les résultats obtenus à la suite des entrevues réalisées. En premier lieu, les clientèles des professionnel·les seront décrites ainsi que leurs milieux et leurs tâches, afin de mieux comprendre comment iels sont amené·es à côtoyer les jeunes trans et non-binaires au sein de leur pratique. Ensuite, les dynamiques de leur pratique seront explorées en se concentrant sur leurs interactions avec les microsystèmes des jeunes. Elle comprend le système de référencement, les motifs de consultation, les relations avec les parents et les médecins de famille, ainsi que les enjeux systémiques et individuels influençant leur pratique. Par la suite, leurs points de vue concernant le processus de la préservation de la fertilité seront abordés à travers leurs connaissances théoriques, leur savoir pratique ainsi que leurs attitudes à l'égard de cet enjeu. Cette section se conclut par leurs suggestions d'amélioration de la pratique sur le sujet.

Profil des clientèles trans et non-binaires des professionnel·les

Quelques données sociodémographiques ont été récoltées au sujet des jeunes faisant partie de la clientèle des personnes professionnelles. En ce qui a trait à l'identité de genre, trois répondant·es dénotent qu'il y a davantage de jeunes que d'adultes qui s'identifient à la non-binarité, tandis que les jeunes plus âgé·es s'identifient plutôt à une transitude dans le spectre de la binarité. La plupart des personnes questionnées expliquent avoir principalement une clientèle d'origine québécoise francophone, blanche et à forte prévalence de jeunes assigné·es filles à la naissance. Quatre mentionnent également la prévalence élevée de jeunes de la diversité de genre ayant un TSA. L'âge varie en fonction des types de milieux. Les participant·es travaillant au privé disent côtoyer des jeunes de tous âges. Les professionnels·les des milieux institutionnels (CH, CLSC) vont plutôt accueillir des adolescent·es à partir de 12 ou 14 ans jusqu'à 17 ans en fonction des programmes. Les adultes de 18 ans et plus vont ainsi généralement se retrouver au privé. Les

personnes travaillant au privé soulignent que le statut socioéconomique de leur clientèle tend à être plus élevé en fonction des coûts associés aux services.

Lors des entrevues effectuées à l'automne 2022, les honoraires de certaines personnes professionnelles atteignaient 160$ de l'heure. En moyenne, les coûts de consultation au privé étaient d'un peu plus de 100$ la séance. Iels mentionnent alors que de nombreux·ses jeunes dépendent de leurs parents pour accéder financièrement à leurs services. Certain·es emploient ainsi diverses stratégies pour faciliter l'accès à des services à moindres coûts, par exemple en référant à des organismes communautaires qui peuvent parfois payer quelques séances ou en référant aux programmes de soutien du réseau public.

Dynamiques de la pratique en santé trans et non-binaire

Processus de référencement et motifs de consultation

Les professionnel·les ont divers processus de référencement qui leur permettent de rencontrer les jeunes afin de les soutenir dans leur processus. Dans le milieu privé, cinq utilisent le référencement de bouche-à-oreille qui est basé sur les recommandations et les expériences partagées par d'autres personnes à travers leur réseau. Ensuite, le service psychosocial de plusieurs est affiché sur Internet, notamment le site de leur ordre professionnel, sur le site de la clinique pour laquelle iels travaillent ou encore leur site professionnel. Une participante de l'étude qui fait partie d'un groupe de soutien de personnes intervenantes en santé trans dit utiliser des références de ce groupe par des collègues qui n'ont plus de disponibilités. Ensuite, le nom et les coordonnées de certain·es se retrouvent dans des listes de personnes professionnelles utilisant l'approche transaffirmative d'organismes communautaires ou instituts œuvrant auprès de cette clientèle. En plus, quelques personnes disent recevoir des demandes de suivis par des organismes communautaires qui leur réfèrent des jeunes au privé. Les frais des séances sont ensuite assumés par l'organisme communautaire. Deux personnes répondantes reçoivent aussi des références

provenant d'un programme d'aide aux employé·es. Dans de rares cas, une professionnelle dit aussi recevoir des références provenant de la DPJ.

Tant au privé qu'au public, les médecins de familles, qui représentent la première porte d'entrée en matière de soins de santé, vont référer des jeunes et leur famille aux professionnel·les. Plus spécifiquement dans le réseau public, une demande de services pour les programmes jeunesses peut être faite autant par les jeunes, leur parent ou par une personne intervenante. Une fois référé·es au bon service, les jeunes rencontrent les professionnel·les pour deux motifs de consultations, qui peuvent se chevaucher l'un l'autre. En premier lieu il y a la psychothérapie ou l'accompagnement psychosocial en lien avec la santé mentale et des enjeux relationnels. La transitude n'est alors pas la centration principale du suivi.

> Ce sont plus les jeunes que j'ai en suivi régulier, que j'accompagne au-delà de la transition. Je les accompagne justement dans tout leur profil, la connaissance de soi, connaître leur profil, leur atypie, mieux se connaître, beaucoup, beaucoup de jeunes qui font de l'anxiété, qui ont des symptômes plus en lien avec la santé mentale. (Mélissa, sexologue)

Ensuite il y a le soutien aux transitions qui inclut l'accompagnement à travers les questionnements, le dévoilement aux proches ainsi que les démarches légales et médicales. Plusieurs rencontrent des jeunes à travers leurs démarches médicales, notamment dans le cadre de l'évaluation psychosociale visant l'obtention d'une lettre pour l'hormonothérapie ou une chirurgie.

> Les plus adultes, début vingtaine, c'est au niveau social justement, au niveau de « Ok, je suis en train d'étudier ou de travailler, puis je veux faire mes *coming out* et tout ça pour pouvoir passer vite aux choses, faire ma transition le plus vite possible comme ça, au moins, je vais être rendu à 25 ans avec tout de réglé. (Adrianna, sexologue psychothérapeute)

> Beaucoup ont besoin d'explorer au niveau de l'identité, déconstruire les genres, beaucoup d'attentes aussi face au corps. Et puis il y a tout le côté, je dirais aussi, tout ce qui est lettre pour soutenir la transition, le processus d'affirmation de genre plutôt, tout ce qui est pour l'hormonothérapie pour la chirurgie du torse, la chirurgie des parties vitales. (Hugo, psychologue)

Des personnes participantes vont discuter des défis que peuvent rencontrer les jeunes et leur famille dans le cadre du processus pour obtenir une hormonothérapie. Par exemple, dans le cadre de

l'évaluation psychosociale pour l'obtention de la lettre de recommandation, les jeunes et leur famille vont souvent se tourner vers des services au privé puisqu'il y a davantage de professionnel·les qui en font une centration dans leur pratique qu'au public. Les délais sont ainsi moins longs, il est donc souvent plus avantageux de se tourner vers le privé. Cependant, cette évaluation requiert plusieurs rencontres et les coûts associés peuvent être un frein important pour certaines familles.

> Souvent qu'est-ce qui bloque, c'est pour avoir accès aux hormones. Des fois, tu dois avoir une dysphorie de genre. Certain·es professionnel·les ne vont pas diagnostiquer avant trois rencontres, mais si ce sont trois rencontres de 150$ chaque, des fois ça va faire un montant de 400-500$. Un jeune de 14-15 ans n'a pas ces sous-là. Ou des fois, des familles qui sont tellement défavorisées, elles n'ont pas les sous. (Simon, intervenant communautaire)

D'autre part, plusieurs répondant·es questionnent le fonctionnement de la lettre qui peut alourdir le processus pour les jeunes trans et limiter l'accès aux traitements. Rose-Eva explique avoir trouvé un moyen alternatif pour faciliter l'accès à l'hormonothérapie pour les personnes de la diversité de genre afin qu'elles puissent consulter directement un·e médecin. David, quant à lui, se montre critique de cette obligation.

> Mais de toute façon, je ne *deal* pas avec ça, pour la simple raison que moi je dirige juste avec des médecins qui ne demandent pas de lettre. Ça fait que quand les gens me demandent s'iels peuvent avoir une lettre pour avoir des hormones, je leur dis « Va voir ce médecin-là, c'est lui ou elle qui va le faire, ce n'est pas moi. (Rose-Eva, psychologue)

> Puis en même temps, il y a l'espèce d'idée de « Mais pourquoi on impose ça aux personnes trans d'être évaluées, puis réévaluées, puis ré-réévaluées, puis ré-ré-réévaluées? À un moment donné, quand tu arrives à la quatrième lettre, la personne l'a raconté son histoire. Puis elle est écœurée. C'est rare que ce qu'on dit une information nouvelle rendu à la fin du processus. Mais pourtant, il faut prendre le temps de le dire. (David, travailleur social)

Quelques personnes rajoutent d'ailleurs que l'évaluation psychosociale s'inscrit dans une approche pathologisante. Certain·es participant·es remettent en question la nécessité de poser le diagnostic de dysphorie de genre pour la recommandation de l'hormonothérapie.

> On parle d'évaluation, d'aller chercher notre lunette, mais en même temps on est encore dans une approche qui est quand même un peu plus au niveau psychopathologique avec les

> diagnostics et autres. […] Quand on parle du critère diagnostique, on parle d'une dysphorie de genre, c'est-à-dire qu'on parle d'une souffrance. On parle de quelque chose de pesant, puis de lourd là. Puis, dans les jeunes que j'ai vu·es, ce n'était pas autant une souffrance. J'en ai eu que ça n'allait pas bien pantoute, puis que ça urgeait, mais ce n'était pas ma majorité. (Chantal, travailleuse sociale)

Des professionnel·les soulignent que plusieurs jeunes ressentent un inconfort face à leur genre, mais qui ne ressentent pas nécessairement une profonde souffrance. D'autre part, le fait d'être confirmé·es dans son identité de genre serait beaucoup plus significatif pour elleux. De ce fait, l'objectif de démontrer la grande détresse ressentie au sein de la lettre ne correspond pas à la réalité terrain vécue par certain·es des répondant·es. Chantal souligne donc l'euphorie de genre comme étant possiblement plus adaptée pour décrire la nécessité du traitement hormonal souhaité. Cette euphorie de genre représente l'état de bonheur, de satisfaction ou d'euphorie vécu par une personne lorsque son identité de genre est alignée avec son ressenti interne.

> […] J'ai eu plus de jeunes qui vont avoir un inconfort, qui vont trouver que ce n'est pas agréable, ce n'est pas le *fun*, mais pas de là à ce que le fonctionnement soit full *altéré*, puis en grande détresse. Puis là, ma collègue aux adultes me disait « Ouain, on dirait qu'on est plus dans une euphorie de genre, qu'avec les changements qu'ils font, ça les confirme dans quelque chose ». […] Mais ils ne sont pas nécessairement en grande souffrance. La personne dit « Écoute, moi je n'aime pas me faire mégenrer et je veux un nom qui me colle qui fait que c'est moi, quand on me nomme ». Ça je trouve ça un peu difficile dans les rapports qu'il faut faire ou les lettres d'appui qui demandent donc de faire ressortir cette souffrance-là ou ces signes d'oppression là. Ils ne vivent pas tout le temps de la grosse discrimination. (Chantal, travailleuse sociale)

Donc à travers le système établi basé sur les recommandations de la WPATH, Mélissa explique adapter ses lettres pour qu'elles fassent état du portrait d'ensemble du vécu des jeunes, et ce, tel qu'iels se le définissent.

> [Les médecins] n'ont pas accès aux jeunes comme moi j'ai accès, pour plein de raisons. De par nos pratiques différentes, de par notre lien avec le jeune, c'est là que j'ai vu que ça devient super précieux. Des fois, quand j'ai des jeunes un peu plus revendicateurs de droits, […] ils ont comme l'impression au début qu'il faut comme convaincre le médecin, mais je leur défais ça assez vite que ce n'est pas ça. Puis le jeune se rend compte à quel point ça devient riche justement, lui-même de définir, de partager, de nommer son expérience et tout ça. Il comprend aussi que c'est dans un but bienveillant. Premièrement c'est comme une belle histoire qu'on raconte [rires]. Moi c'est de cette façon-là que je le fais. Quand le

> médecin voit ça, il est juste « Oh oui! J'ai envie! », c'est vraiment ça et lui ça vient confirmer ce qu'il a envie de faire pour toi, j'en ai des frissons! (Mélissa, sexologue)

En parallèle à cette trajectoire, quelques professionnel·les travaillent aussi auprès des jeunes trans et non-binaires dans le cadre de l'intervention de la prévention du suicide, par exemple dans au centre d'appel du Centre de prévention du suicide (CPS) ou dans une unité dans un centre hospitalier.

> Mon poste est sur l'unité d'hospitalisation, c'est pour des jeunes qui vivent une crise, qui ont besoin d'être hospitalisé·es, soit pour mieux comprendre ce qui se passe pour eux en ce moment, qui vivent vraiment une impasse. Soit leur sécurité, leur vie est en danger, ou il y en a beaucoup c'est plus sur les troubles alimentaires, donc une réalimentation est nécessaire. Leur vie ne serait pas nécessairement en danger, elle peut l'être, mais ils vont venir chez nous pour avoir une thérapie intensive. (Joanie, psychoéducatrice)

En ce qui a trait au milieu communautaire, les jeunes et les familles vont côtoyer les organismes communautaires dans le but de briser l'isolement et de développer un réseau de soutien, mettant en lumière l'approche du « par et pour » de ces organismes. Par exemple, Simon anime et participe à des soirées d'échange où des personnes de la diversité de genre de tous les âges peuvent se rencontrer et échanger au sein d'un environnement inclusif et sécuritaire. Des personnes intervenantes sont sur place pour favoriser et stimuler les échanges entre les adolescent·es, leurs parents qui accompagnent leur enfant et les jeunes adultes trans et non-binaires.

> On a parti un *drop in*. […] C'est vraiment offert pour les 7-35 ans. Ça a vraiment été un franc succès cet été. Pour vrai, on ne s'attendait vraiment pas à ça. […] Qu'est-ce qui est le *fun*, c'est qu'on a vraiment aussi un échange intergénérationnel. Donc, qu'est-ce qui est *cool*, c'est que je peux avoir un adulte de 33 ans qui vient passer la soirée avec nous. Puis je peux lui faire rencontrer un enfant, par exemple, ou un ado de 12-14-15 ans. C'est vraiment le fun d'avoir un échange intergénérationnel. (Simon, intervenant communautaire)

Interactions avec les parents

Les professionnel·les ont aussi été interrogé·es sur leur type de collaboration auprès des partenaires. Parmi ces partenaires se retrouve d'abord la famille des jeunes. En effet, la majorité mentionne l'importance d'impliquer les parents au sein des démarches. L'objectif est donc que les

parents deviennent les premiers alliés de leur enfant afin qu'ils puissent offrir un environnement émotionnellement sécurisant. En plus, puisque les parents ont un rôle prépondérant dans les prises de décision concernant la santé de leur enfant, leur implication est vue comme essentielle.

> Je ne fais pas de suivi familial, mais je dirais qu'à travers les rencontres, je rencontre pratiquement toujours les parents, parce que dans les modèles d'intervention, on suggère beaucoup d'impliquer les parents. Ce sont les premiers acteurs, certains appelaient ça les *warriors*. Comme les premiers combattants qui vont protéger un peu, comme *advoquer* aussi pour le jeune. Aussi, la plus grosse variable au niveau du bien-être psychologique passe par les parents. Donc s'ils ne sont pas *onboard* pour le processus, il n'y a vraiment rien qui peut se faire. Moi je les rencontre systématiquement. (Hugo, psychologue)

Pour que les parents deviennent en effet les alliés de leur enfant, les personnes questionnées doivent parfois stabiliser la relation parent-enfant et aider la famille à faire face à une crise au sein du milieu.

> Dans les moments où les familles viennent me voir, souvent elles sont beaucoup dans des phases aigües de la crise systémique. […] Elles sont juste comme « Je veux juste être certaine que ce n'est pas une phase. Pouvez-vous parler avec mon jeune ou ma jeune. Moi j'ai bien de la misère à accepter ça. Ok, je suis prête à l'accepter, mais ça va me prendre du temps avant de la genrer ». Ça fait que je suis juste dans sensibiliser la famille sur l'importance de genrer correctement leurs enfants, juste dans aider les enfants à exprimer leurs émotions, puis comment ils se sentent avec leurs parents. (Rose-Eva, psychologue)

En ce sens, la priorité est aussi de répondre aux préoccupations des parents. Parmi ces préoccupations se retrouvent non seulement une certaine ambivalence, mais aussi certains préjugés que les professionnel·les doivent alors déconstruire.

> Puis souvent, c'est juste de prendre en compte leurs inquiétudes. Je pense que c'est un bon morceau. C'est un morceau qui est *touché* par exemple, parce que souvent le parent a des attentes qui sont différentes pour le jeune. Je dirais qu'au niveau général, les parents, ça va être l'inquiétude face à l'intimidation, « Mon jeune va vivre plein d'enjeux », puis souvent ils ont leur image eux de quand ils étaient jeunes, une personne LGBT dans la cour d'école, bien il se faisait tabasser, donc « J'ai l'impression que mon enfant va vivre la même chose ». (Hugo, psychologue)

> En pratique privée, c'est sûr que j'ai quand même des parents plus ouverts, parce que l'enfant ils viennent le chercher à la fin nos rencontres. Mais il y en a encore qui avaient l'espoir, mais j'ai trouvé des stratégies pour ça, que j'allais réparer leur enfant, que l'enfant a un problème, ils manquent énormément de connaissances. (Mélissa, sexologue)

En plus de souligner certaines idées préconçues de parents, Mélissa met aussi en lumière l'ouverture des parents des jeunes qui consultent au privé. À cet égard, elle explique que ce sont généralement les parents qui paient pour les services en plus d'offrir le transport pour les rendez-vous. Le contexte de la pratique privée implique ainsi que les parents sont souvent mobilisés. D'autres répondant·es vont aussi discuter du degré d'engagement des parents, lequel peut différer d'un à l'autre. En général, les professionnel·les ont quelques rencontres avec les parents en présence de l'enfant, mais n'ont pas ou peu de suivi de type familial. Les parents veulent soutenir leur jeune en lui permettant d'accéder à des services psychosociaux, mais ne démontrent pas nécessairement la volonté de s'impliquer activement au sein les démarches de leur enfant une fois leurs questionnements répondus.

> J'ai eu un peu de tout. J'ai eu des parents qui ont voulu participer, des parents qui ont voulu juste de l'info, une rencontre ou deux. (Chantal, travailleuse sociale)

> Ça dépend des besoins de la famille. Mais c'est souvent au moins une rencontre informative avec la famille pour leur expliquer le processus et l'importance de leur présence et de leur soutien, mais rarement des suivis. J'en ai eu quelques-uns, un jeune de seize ans dont le père avait vraiment besoin d'écoute, de soutien. Donc je les ai rencontrés à quelques reprises. (David, travailleur social)

Pour Ianik, la collaboration avec les parents de plus jeunes adolescent·es est plus facile que celle avec les parents de personnes trans ou non-binaires plus âgées.

> Même si [les parents] ont des appréhensions, même s'ils ont des questionnements, ils sont prêts à nous rencontrer. Ils sont prêts à venir justement travailler avec nous versus nos personnes plus âgées que les parents s'ils sont fermés, sont fermés. […] Il y a des personnes plus âgées que la famille est très présente, que ça va bien, mais mettons qu'on fait des grandes lignes directrices, généralement c'est ça, l'entourage va être moins présent, versus nos plus jeunes. Les parents sont plus jeunes aussi, savent que ça existe. Ils ont des craintes comme tout parent. Mais justement, ils viennent en parler avec nous. (Ianik, intervenant communautaire)

Cet intervenant souligne aussi l'importance de conserver ce lien avec les parents, de les accompagner dans leur propre cheminement pour les aider à mieux accompagner leur enfant et à accepter sa transitude. Il met d'ailleurs en garde contre les impacts négatifs que cela peut avoir de

braquer les parents et l'effet contre-productif que cela crée dans l'accompagnement des jeunes. Dans le cas où le lien de confiance est rompu, les parents risquent de faire face à une absence de services ayant un impact majeur sur le bien-être de l'enfant, notamment en régions où les ressources peuvent être plus limitées qu'à Montréal. Une approche bienveillante et empathique du vécu des parents est essentielle.

> Je me souviens du témoignage d'une mère. Son enfant, c'est un jeune homme trans. Il doit avoir 15 ans à peu près. Elle avait contacté une ressource de Montréal. Elle avait des craintes comme maman et puis son enfant a d'autres particularités physiques aussi. Il a une maladie un peu les os, dégénérative en tout cas. La mère avait beaucoup de questionnements par rapport aux hormones, aux bloqueurs. Bon, en lien avec la santé de son jeune. Puis quand elle a fait affaire avec un organisme de Montréal, elle s'est fait ramasser. Elle s'est limite faite traiter de transphobe. […] Donc moi, je l'ai accueillie, j'étais dans « On va développer un beau lien avec l'enfant ». Elle m'a envoyé après un courriel, « Merci, vraiment, ça a révolutionné le lien avec mon enfant. Maintenant je vais essayer le truc que vous m'avez donné, une fois par jour au masculin ». Les autres, bon, terrain d'entente. Puis elle m'a dit « Enfin, je vois mon enfant pour qui il est et ça, c'est grâce à vous. » Je trouve ça beau justement des parents qui sont prêts à parler avec nous, aller au-delà. Puis il ne faut pas justement les ramasser, leur rentrer dedans. […] Ici en région, on ne peut pas se le permettre. Si je brûle un parent, oublie ça, il n'y a pas d'autres sources. (Ianik, intervenant communautaire)

D'un autre côté, plusieurs professionnel·les au privé préfèrent voir des jeunes de 14 ans et plus, puisque les obligations légales sont effectivement différentes en dessous de l'âge de 13 ans. Dans le cadre de l'accompagnement de jeunes de 13 ans et moins, il est essentiel d'obtenir le consentement des deux parents pour amorcer un suivi. Cela peut représenter un défi en soi lorsqu'un accompagnement est nécessaire pour le bien-être d'un·e jeune, mais que l'un ou les deux parents s'y opposent. Ensuite, plusieurs craintes des participant·es sont reliées à l'obligation légale du partage des informations aux parents quant aux suivis. En effet, la transmission d'informations sensibles peut compromettre la relation de confiance entre la personne professionnelle et les jeunes. Iels peuvent aussi craindre que les parents interfèrent avec le processus thérapeutique en cherchant à contrôler l'accès à l'information ou à influencer les décisions médicales prises par le jeune en ce

qui concerne son identité de genre. Afin d'éviter ces enjeux, plusieurs vont préférer accompagner des jeunes de 14 ans et plus qui ont l'âge légal de consentir elleux-mêmes aux services.

> Donc c'est à partir de 14 ans. Nous il n'y a pas personne en bas de 14 ans ici, au niveau de l'Ordre, moi je ne suis pas à l'aise. Il y a tout le niveau de consentement, avoir l'accord des parents. Je dirais que ça, c'est un problème. Tantôt on posait la question au niveau en bas de 14 ans, c'est vraiment un problème à trouver quelqu'un qui puisse les voir. (Hugo, psychologue)

> Treize ans c'est une exception, parce qu'habituellement, je ne prenais personne en bas de 14 à cause de complexité légale, que je ne me sens pas assez formée […]. (Rose-Eva, psychologue)

Interactions avec les médecins de famille

À l'instar des parents, les médecins de famille sont présent·es dans l'accompagnement des jeunes, autant pour les soins de santé généraux que pour la transition médicale. Les répondant·es peuvent ainsi jouer un rôle d'accompagnement auprès des médecins de famille afin de développer leur sensibilité aux enjeux des jeunes de la diversité de genre. Il est également nécessaire d'impliquer les médecins de famille concernant l'accès à l'hormonothérapie, puisque ce sont elleux qui ultimement rédigent la prescription. Leur implication est donc directement corrélée à l'accessibilité du traitement hormonal.

> J'essaie de travailler le plus possible avec les médecins de famille, puis de les mobiliser aussi. Des fois c'est particulier [rires], des fois ils ne veulent pas trop embarquer. J'essaie de les soutenir un peu, mais bon, ça dépend des médecins. (David, travailleur social)

De surcroit, les professionnel·les peuvent aussi communiquer avec le corps médical lorsqu'iels ont des inquiétudes sur la santé des jeunes. Cette communication est donc essentielle pour soutenir les jeunes dans leur globalité. Les médecins impliqué·es peuvent à la fois être les médecins de famille ou des médecins ayant une approche transaffirmative qui peuvent voir des cas urgents. Rose-Eva explique ainsi qu'elle assume la responsabilité de communiquer avec elleux pour s'assurer de la sécurité des jeunes et que la prise en charge est adéquate.

> Je n'hésite pas, disons à contacter un médecin si j'ai l'impression qu'il y a une situation urgente […] « Là, cette personne-là prend ses hormones sur le marché noir. Il faudrait absolument la voir le plus vite possible parce que je suis inquiète pour ce qu'elle consomme comme hormones et ça fait plus d'un an qu'elle attend », c'est non. (Rose-Eva, psychologue)

Les professionnel·les disent toutefois rencontrer certains défis lorsqu'iels entrent en communication avec ces partenaires. D'une part, il peut parfois être difficile de rejoindre les médecins, rendant difficile le travail de collaboration. D'autre part, certain·es médecins peuvent avoir des craintes concernant des suivis impliquant l'hormonothérapie, ce qui pose obstacle à l'accessibilité aux traitements souhaités. En plus, Simon explique les différents degrés d'ouverture des médecins en ce qui a trait aux suivis en hormonothérapie. Les professionnel·les doivent ainsi les sensibiliser en remettant en question certaines de leurs croyances.

> J'ai voulu communiquer avec le médecin du jeune, justement, qui prend l'hormonothérapie, puis qui va faire une chirurgie, mais on a plus échangé par lui qui transportait les papiers d'une personne à l'autre. Je voulais lui parler, mais elle ne m'a jamais rappelé. Donc oui, moi j'ai ce désir-là, à chaque fois je vais laisser des messages et tout ça. […] Il y a des médecins qui m'ont rappelé, mais ils sont supers occupés aussi, ce qui fait que des fois le message… Aussi les messages des fois ne se font pas, tu laisses un message à une secrétaire, mais finalement le médecin ne l'a jamais ce qui se peut aussi. (Virginie, travailleuse sociale)

> Le problème c'est qu'aussi les médecins ont une inquiétude, ont peur de faire des suivis, parce qu'offrir des bloqueurs comme des médecins généralistes pourraient le faire, des pédiatres... J'ai entendu que certains pédiatres acceptaient en attendant qu'ils puissent être vus par un médecin spécialisé. (Hugo, psychologue)

> Il y a vraiment d'un côté des médecins qui sont super réfractaires, puis d'un autre côté, qui sont super favorisants, qui sont là pour nous soutenir. Des fois, un médecin qui ne croit pas à ce qu'on dit ou qui nous remet en question. Moi, je les remets eux-mêmes en question. Ça ne me dérange pas pantoute. (Simon, intervenant communautaire)

Malgré les défis rencontrés, des structures organisationnelles ont donc été développées dans le but de connecter des personnes professionnelles de divers domaines travaillant auprès de la clientèle trans et non-binaires, par exemple un groupe Facebook de professionnel·les en santé trans ou encore une communauté de pratique sur la diversité de genre dans le réseau de la santé. Ces structures sont

essentielles pour favoriser le développement collaboratif et interdisciplinaire de la pratique tout en contribuant à la diffusion des nouvelles connaissances.

> La communauté de pratique a été créée dans un but de réseautage, de se « réseauter » dans le réseau, mais on a inclus des partenaires du communautaire. Ça a commencé très, très petit, puis là on est rendu qu'il y a du monde de plus en plus. […] Je ne le sais pas, mais c'est sûr qu'au départ, ça se voulait pour le CIUSSS, mais on a ouvert avec les organismes communautaires, là il y a le CHXX[3] qui est embarqué avec les endocrinologues, puis là on a la pédopsychiatrie. […] C'est vraiment dans un but de partage, de mieux connaître, faciliter les échanges, puis de partager des nouvelles choses. (Chantal, travailleuse sociale)

Enjeux et défis de la pratique professionnelle en santé trans et non-binaire

À travers les discussions concernant la mise en contexte de leurs tâches et de leurs milieux professionnels ainsi que des partenaires clés, les personnes questionnées ont soulevé divers enjeux et défis spécifiques à leur pratique auprès de la clientèle des jeunes trans et non-binaires.

Enjeux systémiques d'accessibilité aux soins

Plusieurs critiques sont émises sur le fonctionnement de certaines structures organisationnelles en place du réseau des services sociaux et de santé. En effet, Virginie constate le manque de formation de ses collègues dans le réseau au sujet de la clientèle de la diversité de genre. Cela alimente ainsi le phénomène des « portes tournantes » qui survient lorsque le personnel de la santé ne se sent pas suffisamment formé ou préparé à traiter certains cas, puis que ces cas sont ensuite référés à d'autres professionnel·les qui ne détiennent pas nécessairement les connaissances requises. Cela peut créer un effet de cascade où les jeunes sont renvoyé·es d'une personne à l'autre sans recevoir le traitement approprié. Cette situation peut ainsi entraîner des délais supplémentaires et retarder l'accès aux traitements.

> Je vois en 4 ans quand même, même juste dans mon équipe, qu'il y a de plus en plus d'intérêt parce qu'on a de plus en plus de jeunes qui arrivent avec ces questions-là. Les gens sont

[3] Le centre hospitalier dont il est question a été anonymisé afin de garantir la confidentialité de la personne participante.

> comme « Ahh ! », ils ne savent pas, puis là justement je vois la porte tournante où ils vont te référer ailleurs parce qu'ils ne sont pas à l'aise. (Virginie, travailleuse sociale)

Quelques répondant·es vont aussi souligner la rigidité du système administratif au niveau gouvernemental. Ainsi, malgré le désir de faire évoluer les formulaires et les façons de faire pour respecter l'identité de genre des personnes, les professionnel·les peuvent se buter à des résistances face au changement.

> Le CIUSSS pour toute la question des formulaires, comment adapter pour que ça soit plus inclusif. Je dirais que c'est comme… l'endroit où c'est plus difficile [rires, ton avec sous-entendus]. […] On utilise des systèmes informatiques qui sont hyper gros, puis qui sont à la grandeur du Québec, puis qui sont vraiment associés à la RAMQ. Tant que le jeune n'a pas fait le changement légal de nom, c'est comme impossible de faire les changements dans le système. C'est vraiment comme, tellement rigide. C'est juste décourageant. Alors là, je trouve plein d'alternatives, gérer mes documents, je rature le nom, je renvoie ça aux archives, mais ça demande plus de travail. Puis là, entre autres sur le mégenrage à la réception, on écrivait dans le système informatique… j'écris le nom choisi avec le pronom choisi, mais ils se font toujours mégenrés à la réception [ton exaspéré]. […] C'est vraiment difficile. Puis bon, je me suis quand même fait clairement dire d'arrêter de faire des démarches dans ce sens-là parce que mon travail était de m'occuper de la liste d'attente et de m'occuper du guichet d'accès, donc d'arrêter de perdre du temps ou de vouloir m'impliquer à d'autres niveaux dans la structure pour pouvoir changer les formulaires ou changer les choses. […] Changer un formulaire c'est vraiment décourageant. Il y a beaucoup de comités, de procédures et de processus de hiérarchisation à laquelle il faut passer. C'est complexe et un peu décourageant. (Virginie, travailleuse sociale)

D'autre part, plusieurs constatent les longs délais avant de pouvoir accéder aux services par rapport à la transition médicale. Ces délais sont à la fois observables dans le réseau public que dans leur pratique privée.

> C'est tout ça, même la clinique trans à [ville de taille moyenne][4], j'avais de la misère [ton sous-entendu]. Très strict, genre « Ça prend un médecin de famille! Puis ça prend une référence médicale! Puis là il faut qu'il soit évalué! Puis là il va être vu par deux psychiatres! » [ton pressé, anxieux]. Je comprenais les enjeux, il faut que le jeune ait fait un certain cheminement, il faut qu'il ait une certaine autonomie […], mais c'était vraiment très rigide, très cadré malgré que c'était une clinique trans. Puis les attentes étaient de 6 mois, puis là ils évaluaient ça, puis là ils m'appelaient « Là le jeune, on ne le prendra pas tout de suite, parce qu'il y aurait ça, ça, ça, à travailler », « Okay [ton peu convaincu] ». Là moi je dois annoncer ça à la jeune. […] Il y avait un six mois d'attente juste là, mais le temps que je

[4] Ville de taille moyenne : entre 20 000 et 100 000 personnes.

> contacte la clinique trans, le temps qu'on fasse l'évaluation, elle avait attendu quasiment 1 an. Elle a attendu une autre année, […] ça joue sur la détresse des jeunes aussi. (Micheline, travailleuse sociale)

> On est mieux d'essayer de trouver des choses, des ressources sur le terrain qui vont permettre qu'ils ne tombent pas entre les craques, parce que c'est ça le problème en ce moment, c'est que ces jeunes-là tombent entre les craques ou on attend tellement longtemps qu'ils vont se ramasser avec un traitement hormonal de substitution, mais trop tard dans la puberté. Il y a comme un problème à ce niveau-là. (Hugo, psychologue)

Plusieurs participant·es vont déplorer le manque de services en régions éloignées des grands centres tels que Montréal. Les personnes professionnelles ou intervenantes travaillant spécifiquement auprès de cette clientèle sont souvent moins nombreuses, ce qui crée un manque de personnel formé en santé trans dans ces régions. Micheline doit composer avec cet enjeu, puisqu'elle change d'emploi sous peu et il n'y a personne de suffisamment formé pour reprendre ses suivis avec les jeunes de la diversité de genre.

> C'est sûr que c'est une décision que j'ai prise avec un pincement de cœur. Puis là c'est sûr qu'en ce moment, je suis en train d'arrimer des services, transférer des dossiers, et là il n'y a personne qui est formée pour travailler auprès des jeunes trans. (Micheline, travailleuse sociale)

Certain·es ont d'ailleurs adapté leur pratique afin de répondre aux besoins de ces régions. Rose-Eva explique avoir commencé à faire de la télé-pratique, ce qui lui a permis de rencontrer des jeunes provenant d'autres régions que Montréal.

> […] quand j'ai commencé à travailler avec des jeunes, j'avais de plus en plus jeunes qui manquaient de ressources dans leur coin à [ville de taille moyenne], etc. et qui faisaient beaucoup de route pour venir à Montréal […]. Je ne faisais aucune télé-pratique au début, c'était les gens qui faisaient beaucoup de routes, les parents qui attendaient dans la salle d'attente avant de reprendre l'auto pour une heure et demie pour retourner dans leur coin. (Rose-Eva, psychologue)

Micheline explique quant à elle avoir développé une trajectoire de services spécifiques pour les jeunes trans et non-binaires en collaboration avec des collègues du domaine médical dans sa région.

> Dans le fond, l'infirmière en pédopsy, ils ont eu une requête pour entre autres pour un jeune. Puis là l'infirmière aussi très sensible, […] on en a parlé ensemble et tout ça, puis elle a dit « Non, non, il faut vraiment qu'on parte une trajectoire, ça n'a pas de bon sens ». Elle s'est

> formée aussi. C'est de là que la pédopsy s'est impliquée, parce que la dysphorie de genre, ce n'est pas le psychiatrique, même si ça fait partie du DSM, ce n'est pas supposé d'être traité en psychiatrie, mais malheureusement comme à la clinique trans de [ville de taille moyenne], parce que j'ai envoyé des adultes aussi, il faut qu'ils passent par deux évaluations du psychiatre pour être en mesure d'avoir accès à accès à l'hormonothérapie et autres. Mais ce n'est pas supposé d'être comme ça, les données probantes, ce n'est pas ça pantoute. […] [Nom de la médecin] a vraiment voulu nous aider dans ce projet-là, mais on ne l'a pas fait dans un but parce qu'on voulait psychiatriser, c'est juste parce qu'elle nous a prêté main-forte. Finalement, l'infirmière a travaillé très fort pour qu'on puisse trouver un médecin qui a vraiment voulu se spécialiser, par exemple on a la pédiatre [nom de la médecin] dans la [région rurale de faible densité]. (Micheline, travailleuse sociale)

Défis spécifiques à la pratique individuelle des professionnel·les

Les participant·es discutent des défis relatifs à la pratique en santé trans et non-binaire. Plusieurs soulignent la nécessité de faire de la formation continue, car la pratique auprès des personnes de la diversité de genre connaît une croissance rapide et les progrès sont constants. Les profesionnel·les ont donc la responsabilité d'être à jour. Une certaine lourdeur est ainsi exprimée par les personnes répondantes, puisque les informations peuvent être parfois difficiles à trouver et que cela demande un effort constant pour demeurer à jour selon les données récentes.

> Je continue à me former continuellement, parce qu'il y a beaucoup de choses qui changent. Juste les standards de soins 8, il faut tout reprendre, il faut tout relire. Toujours, toujours dans les groupes et tout ça, pour continuer à me mettre au courant. (Adrianna, sexologue psychothérapeute)

> Puis sinon comment c'est difficile d'avoir la bonne information, ça c'est ce que je retiens, il faut vraiment que je fasse un meilleur effort pour aller chercher cette information-là aussi, parce qu'elle ne viendra pas… On ne me la donnera pas comme ça. Il y a comme une responsabilisation qui vient avec. (David, travailleur social)

Hugo explique aussi que les propres schèmes cognitifs des professionnel·les liés aux genres peuvent représenter un défi lors de l'accompagnement de ces jeunes, particulièrement pour les jeunes non-binaires.

> Je dirais que c'est un peu difficile, au niveau de la clientèle non-binaire, au niveau du suivi psychologique c'est difficile, parce qu'on vient avec nos idées, nos schémas au niveau du genre sont déjà tous établis. Ça fait que le travail à faire au niveau de la non-binarité, c'est comme de remettre en question les schémas préétablis. Je te dirais comme psychologue, des fois ça, cet aspect-là qu'on est souvent moins outillé·es. Étant donné qu'on sort du cadre

> traditionnel, il faut travailler avec la personne pour qu'elle développe son propre cadre niveau non-binaire. Qu'est-ce qu'elle représente elle, pour elle? Sa représentation non-binaire, qu'est-ce que c'est pour elle? C'est comme tout un travail d'exploration. Puis je pense qu'ils ont moins des services qui sont aussi spécialisés que ce que pourrait avoir une personne trans. (Hugo, psychologue)

Un autre défi mentionné par plusieurs est celui de la conciliation entre les exigences institutionnelles, les normes professionnelles et les besoins spécifiques des personnes de la diversité de genre. Dans un premier extrait, Hugo souligne le désir du réseau de la santé de s'absoudre de toute reddition de comptes par crainte de représailles légales. Cela a eu un impact direct sur sa capacité à exercer son autonomie professionnelle, ce qui l'a d'ailleurs conduit à quitter le secteur public. Ces contraintes institutionnelles peuvent ainsi alourdir la pratique. Dans le deuxième extrait, Rose-Eva est contrainte de jongler entre les attentes de la communauté pour un accès facile aux soins et les exigences déontologiques strictes de son ordre professionnel. Cela la positionne dans une situation délicate qui soulève des enjeux éthiques de la pratique, puisque ces exigences peuvent parfois être incompatibles avec les besoins des personnes de la diversité de genre. Ces contraintes complexifient ainsi la pratique et compromettent l'accès équitable aux soins de santé.

> Moi je travaillais dans le public avant, c'est sûr que je travaillais en adultes, mais j'avais une collègue qui travaillait auprès des enfants, puis on refusait dans le système public à ce que je fasse des suivis trans. Je ne devais pas faire de lettre au niveau de l'hormonothérapie et des chirurgies, par peur qu'on ait des avocats qui poursuivent à cause que quelqu'un remettrait ça en question. Mais on est dans le même questionnement au niveau de l'homosexualité il y a une couple d'années, « Tout d'un coup que les gens reviennent en arrière? ». Ça fait qu'il y a comme tout ce morceau-là. Moi je suis partie du public justement à cause de ça. C'est aussi pour ça qu'ils ne veulent pas présentement faire de ligne de trajectoire de services, ils ne veulent pas être responsables. (Hugo, psychologue)

> Moi je me situe au niveau de mes cadres de référence, je trouve que je suis un petit peu en tension entre la communauté, les demandes et besoins de la communauté, puis les demandes et les besoins du réseau de la santé, GRS, WPATH et tout ça. Moi je mélange un peu ces deux types de cadres de référence là. Moi je dis, « Je vais servir de médiatrice ». Je ne peux pas juste dire « Tu veux une chirurgie du torse? *Fine*, tu as 18 ans, tu l'as félicitations » […] J'ai un ordre professionnel, qui me dit que ce n'est pas assez rigoureux. Ça fait que je suis obligée d'avoir ce cadre de référence là, qui est mon code de déontologie, qui sont les exigences d'évaluation telles que j'ai été formée. Je me dis que c'est mon job d'être sous

> tension entre ces deux cadres, le cadre de la communauté qui voudrait beaucoup plus d'accès facile, puis le cadre de la méfiance disons des organismes. (Rose-Eva, psychologue)

D'autres personnes font aussi état d'un fonctionnement cloisonné de l'intervention et l'accompagnement des jeunes trans. Cela représente donc un obstacle important à la collaboration entre les différents partenaires.

> Il faut que tu saches aussi que la plupart du temps, les quelques personnes que j'ai eu à référer en endocrino, un coup que la référence est faite, que je lui fais lire, puis qu'après ça j'envoie direct au CHXX, les jeunes c'est « Merci, j'ai terminé ». Bon, est-ce que par après le médecin, l'endocrinologue, ils refont tout ça? Est-ce que là, il y a une autre décision? Je ne sais pas, je n'entends plus de nouvelles après. (Chantal, travailleuse sociale)

En lien avec ce fonctionnement cloisonné, les répondant·es mentionnent la nécessité de se créer son propre réseau avec d'autres professionnel·les. En effet, puisque les ressources spécialisées peuvent être limitées et difficilement accessibles, iels doivent souvent créer leur propre réseau de contacts pour orienter les jeunes vers les services appropriés. Cela démontre que l'accessibilité des soins peut dépendre en grande partie de leur capacité à établir des liens avec d'autres partenaires du système de santé.

> C'est sûr qu'au privé, je n'ai pas nécessairement en ce moment de contacts en tant que tels directs, mettons à l'hôpital ou vers des services en tant que tel. Il faudrait que je crée mon propre réseau. (Valérie, technicienne en éducation spécialisée)

> Je pense que c'est de pouvoir savoir qu'on a plusieurs portes d'accès, puis ça demande beaucoup de réseautage. En tout cas dans ma région, ça demande beaucoup de réseautage, savoir par qui passer, « Ah mon médecin dit qu'elle ne peut pas me prescrire des bloqueurs d'hormones, vu que mes seins sont déjà poussés », et je suis comme, on dirait que ce n'est pas ça que j'ai lu dans le… Parce qu'il faut aussi s'obstiner des fois avec des professionnel·les. Ce n'est pas ça, bon bien au pire on va voir quelqu'un d'autre, mais comment on fait? J'ai l'impression que le référencement, le réseautage, ça devrait être des choses qu'on fait au niveau de l'intervention. (Manon, travailleuse sociale)

En plus, dans le contexte de la pratique privée, l'aspect payant des services génère un enjeu lorsqu'il est nécessaire de communiquer avec les personnes qui gravitent autour des jeunes selon Manon. En effet, puisqu'elle est rémunérée pour les rencontres ou la rédaction de lettre, toute autre

démarche revient à ses frais. Cette réalité financière limite sa capacité de à mobiliser efficacement le réseau social des jeunes, compromettant ainsi leur accès aux services.

> Ça, c'est une réalité de ma pratique aussi, parce que la job en travail social, normalement, c'est ça, de mobiliser le réseau. Mais moi, dans la vie, je suis payée une heure : cinquante minutes d'intervention et dix minutes de notes. En réalité, quand on fait l'éval, c'est plus long. Il y a bien du bénévolat. Ce qui fait que moi de dire, je vais appeler cette personne-là, je vais passer une demi-heure au téléphone jaser… L'école qui veut m'appeler pour que je confirme que c'est bien ça, je fais quoi? Je charge l'école? Moi, je suis en train de faire du bénévolat concrètement. Là oups, je ne me poserais jamais ces questions-là si j'étais payé à l'heure, je le ferais le contact, mon réseautage… C'est bizarre, c'est vraiment une pensée que je n'avais pas quand j'étais dans le communautaire. Il a fallu tranquillement que je m'y fasse, mais ce ne sont pas des démarches payantes. (Manon, travailleuse sociale)

Approches d'intervention et cadres de référence

Lorsqu'interrogé·es au sujet de leurs approches d'intervention, neuf personnes nomment spécifiquement utiliser l'approche transaffirmative au sein de leur pratique. Cette approche est préconisée dans la littérature et joue un rôle essentiel dans l'intervention auprès des jeunes trans et non-binaires. Elle repose notamment sur la non-pathologisation des variations de genre et la reconnaissance de la fluidité du genre. Elle vise à reconnaître et à respecter les diverses expressions et identités de genre, favorisant ainsi le bien-être émotionnel et psychologique des personnes. Les professionnel·les qui adoptent cette approche doivent s'engager dans une réflexion sur leurs propres préjugés et biais envers le genre, tout en acquérant les connaissances nécessaires pour offrir des services inclusifs et de qualité.

Parmi les autres approches mentionnées par les participant·es, les trois approches les plus utilisées sont l'approche systémique (9), l'approche orientée vers les solutions (7) et l'approche cognitivo-comportementale (6). Neuf personnes disent se fier sur le guide des standards de soins de la WPATH au sein de leur pratique.

Processus de la préservation de la fertilité

Une fois le contexte de leur pratique bien défini, les personnes participantes ont été questionné·es sur leurs connaissances concernant l'objet de la recherche, soit la préservation de la fertilité. Cinq disent avoir entendu parler de la préservation de la fertilité à travers les médias ou par leur entourage. Une dizaine de répondant·es mentionnent avoir pris connaissance du sujet à la suite de conférences et de formations, entre autres celle de Françoise Susset à travers l'Institut pour la santé des minorités sexuelles (ISMS) soulignée par plusieurs.

Les professionnel·les décrivent donc la préservation de la fertilité comme une procédure permettant de congeler les gamètes afin d'avoir le choix de décider ou non d'avoir des enfants biologiques. L'essence même de cette démarche réside ainsi dans la liberté de choix, car les jeunes conservent toujours le pouvoir de décider de l'utilisation ultérieure de leurs gamètes.

> Même si tu n'es pas sûr·e, peut-être que c'est mieux de prendre les cinq ans de congélation, puis quitte à ce qu'au pire après les cinq ans, « Non, finalement je ne veux pas d'enfants, ou oui je veux des enfants, mais je m'en fous qu'ils aient mon code génétique », rendu là tu ne payes pas, ça va être détruit c'est tout. Au moins ça donne cette fenêtre-là. (Ianik, intervenant communautaire)

> C'est d'abord de comprendre que ça, ça ne force à rien aussi de passer à travers un processus de fertilité, c'est vraiment de garder ses options ouvertes. Le pire des cas, c'est qu'on ne l'utilise jamais, puis c'est correct. (Chloé, travailleuse sociale)

La plupart ne savent pas si des jeunes de leur clientèle ont décidé d'opter pour la préservation de la fertilité (9), alors que trois d'entre elleux disent avoir eu connaissance que des jeunes de leur clientèle ont choisi cette possibilité.

Enjeux relatifs aux traitements et les barrières systémiques

Dans le cadre de la transition médicale, chaque traitement comporte divers aspects à prendre en compte. Par conséquent, les professionnel·les discutent des défis reliés aux traitements de la préservation et des enjeux systémiques qui peuvent influencer la décision des jeunes trans ou non-binaires concernant leur fertilité.

Dysphorie de genre. La dysphorie de genre représente un obstacle majeur, pour les jeunes, d'opter ou non pour la préservation de leur fertilité. Cette détresse quant à l'identité de genre et la façon dont l'expérience du genre est vécue ont un impact majeur sur la disponibilité émotionnelle et psychologique des jeunes. Leur capacité à se projeter dans l'avenir est donc limitée et peut rendre difficile la prise de décision quant à leur fertilité.

> C'est difficile de se projeter dans l'avenir quand tu souffres. […] Donc c'est plus de savoir si elle est ouverte à avoir la discussion ou la souffrance est tellement importante qu'on est incapable de parler de ça, parce qu'il faut faire descendre la souffrance. (David, travailleur social)

> Ils sont beaucoup plus dans « Là c'est parce que mon corps ne me correspond pas à moi, puis c'est très, très, très souffrant maintenant, puis j'ai des moqueries ou ce n'est pas inclusif ». (Sarah, sexologue psychothérapeute)

Des professionnelles rencontrées témoignent que plusieurs de leurs jeunes sont déjà sous hormonothérapie ou prennent des bloqueurs de la puberté. Elles soulignent que ces jeunes ont du mal à envisager d'arrêter temporairement ces traitements pour produire des gamètes et ainsi préserver leur fertilité. La peur de vivre une dysphorie de genre à travers une puberté non souhaitée dissuade ainsi les jeunes de préserver.

> C'est beaucoup plus difficile ou un grand défi pour mes jeunes qui ont eu des bloqueurs d'hormones tôt, mais ils sont tellement reconnaissants d'avoir eu les bloqueurs tôt. […] C'est hors de question pour les jeunes que j'ai accompagné·es de vivre une puberté qui ne leur correspond pas pour préserver. (Mélissa, sexologue)

> Pour les jeunes, c'est très souffrant de devoir arrêter les hormones, pendant deux mois pour aller extraire les ovules et avoir le cycle à nouveau. Ce qui fait qu'ils trouvent ça très difficile. C'est quelque chose qu'on va essayer d'éviter, que le jeune doive passer par cette étape-là, après qu'il ait déjà commencé ses hormones. (Adrianna, sexologue psychothérapeute)

Les participant·es soulignent par ailleurs l'aspect intrusif des traitements pour la préservation de la fertilité. Les procédures nécessaires à la préservation sont particulièrement éprouvantes pour le corps, ce qui peut être difficile à vivre pour les personnes déjà confrontées à une dysphorie. En

plus, les jeunes garçons trans sont particulièrement touché·es par cet enjeu puisque les traitements sont médicalement plus complexes.

> Le problème qui vient après ça, c'est le niveau de dysphorie. Puis il y a comme une injustice, un peu à ce niveau-là, parce qu'il y a quelque chose entre faire un prélèvement de sperme, puis faire un prélèvement d'ovules. Il y a quelque chose qui est un petit peu plus intrusif pour les ovules. […] Et puis là, ça veut dire avant de débuter ton traitement, des grosses crampes abdominales, faire une extraction, quand t'as déjà de la dysphorie fois mille au niveau de tes organes génitaux… (Hugo, psychologue)

Selon des personnes répondantes, un inconfort peut être ressenti lors des rendez-vous médicaux quand il est question de parler de ses organes ou de les montrer aux médecins. En effet, une souffrance peut être vécue par rapport à ces rendez-vous qui rappellent aux jeunes leurs organes génitaux envers lesquels iels ne s'identifient pas. En plus d'être un sujet potentiellement dysphorique pour les jeunes, l'aborder avec une personne adulte que les jeunes connaissent souvent à peine peut représenter un défi majeur.

> Il y a tout cet enjeu-là, à quel point la personne est confortable de monter son organe pour ces suivis-là. […] Ce qui fait qu'il y a tout l'aspect au corps qu'il ne faut pas oublier. (Ianik, intervenant communautaire).

Au-delà de la dysphorie de genre pouvant être vécue, les jeunes trans et non-binaires peuvent également ressentir un sentiment d'injustice face à la complexité de concilier leur désir de transition médicale avec le souhait d'avoir des enfants biologiques. Selon Adrianna, cette démarche représente un fardeau supplémentaire à un parcours déjà parsemé d'obstacles, une charge que les jeunes cisgenres ne rencontrent pas nécessairement.

> Mais ils trouvent ça injuste, il y a toute la notion de justice encore à travailler. « C'est injuste que je ne puisse pas avoir mon enfant biologique, juste parce que je suis trans, parce que je suis non-binaire ». Donc c'est ça qu'on voit souvent dans la souffrance. (Adrianna, sexologue psychothérapeute)

Adoption. Des professionnel·les mentionnent jouer un rôle essentiel dans la transmission d'informations en ce qui concerne la complexité du processus d'adoption, autant au Québec qu'à l'international. Cet aspect est d'autant plus important à aborder étant donné que l'adoption est

l'alternative vers la parentalité la plus citée par les jeunes dans le cadre des discussions entourant leur désir d'avoir des enfants dans le futur. Ainsi, les personnes répondantes ont parfois l'impression que les jeunes manquent d'informations sur les réalités entourant l'adoption et qu'iels ont souvent une vision simpliste du processus.

> Les gens qui vraiment veulent avoir le rôle de parent plus tard dans leur vie, je dirais la complication c'est comment c'est dur d'adopter au Québec, […] Il n'y a pas d'orphelins et orphelines pur·es ici qui ont perdu leurs deux parents et qui n'ont aucun membre de famille pour s'en occuper. Donc les enfants qui sont à adopter, ce sont souvent des enfants de centres jeunesse, de la DPJ, etc., qui sont barouetté·es entre leurs parents naturels, il y a des conflits de loyauté, et souvent les gens se tournent vers l'adoption internationale qui coûte très cher, qui vient avec des enjeux tout à fait autres aussi. (Rose-Eva, psychologue)

> « Ok, mais si tu vas par l'adoption, tu sais comment ça fonctionne au Québec? C'est l'adoption de la DPJ en banque mixte. Ça veut dire que des fois ce sont des enfants que t'es une famille d'accueil au début. As-tu pensé à ça? As-tu conçu cette idée-là? ». (Hugo, psychologue)

Les obstacles pouvant être rencontrés à travers ce processus peuvent ainsi affecter l'accessibilité vers la parentalité de ces jeunes pour celleux qui souhaitent adopter, mettant ainsi par le fait même une pression supplémentaire sur l'option de la préservation de la fertilité. Le manque de connaissances des jeunes limite leur capacité à prendre une décision éclairée, d'où la pertinence que les personnes professionnelles soient habilitées à les aborder adéquatement.

Afin de soutenir cette décision éclairée, les répondant·es doivent aussi faire preuve de considération à l'égard des motivations des jeunes à vouloir adopter. D'une part les jeunes ont des inquiétudes environnementales concernant la pollution, la surpopulation et l'épuisement des ressources. Des personnes participantes disent que les jeunes ne veulent pas d'enfants considérant ce contexte inquiétant et d'autres jeunes envisagent l'adoption puisqu'il y a déjà des enfants en besoin de parents.

> Il m'a nommé des choses aussi […] « Tu sais avec la pollution, la planète, l'environnement », ils sont soucieux de ça, de dire « On est beaucoup sur la terre, il y a plein d'enfants qui n'ont pas de parents. On peut adopter. Est-ce que la planète va avoir explosé quand je vais

> être rendu pour avoir des enfants avec le climat? ». Il y a ces éléments-là des fois qu'ils vont aussi me nommer. (Chantal, travailleuse sociale)

D'autre part, le lien biologique est considéré comme facultatif dans la création d'une famille avec des enfants pour plusieurs des jeunes. Ianik explique que la famille choisie est importante dans les communautés, ce qui ce qui diminue l'importance accordée au lien biologique et donc le désir de préserver sa fertilité.

> Je remarque quand même que ce n'est pas tant un gros besoin on dirait d'avoir des enfants que ça va être leur code génétique. On dirait que dans les communautés, on a beaucoup le concept de famille choisie. Rendu là, ça outrepasse les liens de sang.[…] Pour eux et elles, c'est comme superflu, ils sont comme « Rendu là, moi je serai le parent de cet·te enfant-là, parce que je vais m'en être occupé·e. *That's it,* je m'en fous dans le fond. » (Ianik, intervenant communautaire)

Il est donc essentiel que les répondant·es fassent émerger les préoccupations et les besoins des jeunes concernant l'adoption afin d'avoir une compréhension approfondie des cadres de référence et de valeurs qui leurs sont spécifiques. Cela favorise dès lors un accompagnement respectueux de leurs besoins authentiques par les professionnel·les, tout en minimisant l'impact des sources d'oppression systémique omniprésentes.

Accessibilité physique. Cinq personnes mentionnent comme enjeu les déplacements engendrés afin de recourir à des services spécialisés en fertilité. Par exemple, plusieurs disent que des déplacements importants sont à prévoir lorsque les jeunes sont situé·es à l'extérieur des grands centres tels que Montréal. Comme les jeunes sont souvent dépendant·es de leurs parents pour se déplacer et que les transports en commun peuvent manquer d'efficacité, l'accessibilité physique aux points de services pour préserver la fertilité s'en trouve complexifiée.

> Il y a un âge où les jeunes ont besoin de transport. Surtout que nous, oui on a les transports collectifs, mais ça ne fonctionne pas tout à fait comme Montréal. Il faut que tu prennes rendez-vous avant, ce n'est pas comme à Montréal où les autobus passent aux demi-heures. Tous les enjeux de transports, les parents, c'est sûr qu'à un moment donné, deviennent essoufflés aussi. (Micheline, travailleuse sociale)

> C’est mon côté « montréalocentrique », mais je peux imaginer quelqu'un au Saguenay-Lac-Saint-Jean qui a 16 ans, ça doit être un petit peu plus complexe que Montréal. (Rose-Eva, psychologue)

Délais supplémentaires. Plusieurs répondant·es anticipent aussi la présence de délais supplémentaires pour accéder à des services spécialisés en fertilité dans le cas d’une préservation. Cette anticipation se base entre autres sur les délais d’attente déjà longs en santé trans de manière générale, notamment pour rencontrer des professionnel·les afin d’entamer une hormonothérapie. Les jeunes seraient ainsi réfractaires quant à l’idée d’entamer la préservation de leur fertilité dû à ces délais.

> « Tu sais à un moment donné, j'ai tellement peur que si je dis la moindre affaire qui pourrait ralentir le processus, j’ai tellement peur que si je dis que je voudrais des enfants plus tard, c’est comme attend six mois sur une liste d'attente pour aller préserver » […] Donc ça pour moi, ça, c'est un autre gros obstacle. Le fait qu'il n'y a pas assez d'accès à des soins rapides. Les délais sont déjà trop longs, juste pour la santé trans. (Rose-Eva, psychologue)

> L’autre fois encore, j’ai un jeune que j'ai fait sa lettre et j’étais sûre qu’il allait avoir les hormones, mais il y avait encore une complication. On était sûr qu’il était à la bonne place, le médecin était super content, mais il référait à une autre personne. Moi c’est plus ça. C’est en termes de durée, puis je me dis que peut-être qu’il y a que des jeunes qui feraient le choix d'avoir cette possibilité-là [de préserver leur fertilité], mais que finalement ils disent non à cause du délai. (Mélissa, sexologue)

Milieux non inclusifs. Sept professionnel·les soulignent les lacunes dans l'accueil et l'aspect inclusif des pratiques au sein de certains milieux. Effectivement, quatre de ces personnes expriment des préoccupations concernant la discrimination potentielle pouvant être vécue par les jeunes trans et non-binaires dans les services spécialisés en fertilité conçus pour une clientèle adulte cisgenre. De cette discrimination peut découler la peur d’être mégenré·es, d’être jugé·es ou de faire face à un manque de sensibilité de leur réalité, affectant leur sentiment de sécurité en regard à ces milieux. Les répondant·es expriment ainsi leur propre méfiance et celle potentielle des jeunes envers les services spécialisés en fertilité.

> Je peux imaginer aussi, je ne sais pas à quel point les cliniques de fertilité, ou de la préservation de la fertilité sont aussi sensibilisées, parce qu'il y a aussi le motif général de

> peur, l'idée générale de la crainte des services de santé en général. « Est-ce que je vais me faire mégenrer, est-ce que je vais me faire regarder tout croche, parce que je dis que je veux préserver ma fertilité, parce que je veux faire une transition? », il y aurait effectivement la crainte d'être mal reçu·e, ça, je peux imaginer. (Rose-Eva, psychologue)

> Toute personne qui a vécu des traumatismes, de l'agression médicale ou gynécologique, encore plus chez les personnes non-binaires, ne veut pas nécessairement se rendre si vulnérable dans les mains d'une personne d'un corps médical. De faire face à l'hôpital et au personnel médical, de leur faire confiance alors que par le passé il n'a pas été bienveillant à ton égard, ça peut être aussi un obstacle pour certains enfants. (Sophie, sexologue)

Organisation des services. Quelques personnes participantes discutent du manque d'information et des barrières d'accessibilités relatives à l'organisation des services découlant des politiques de santé. Tel que mentionné précédemment, divers traitements liés à la préservation de la fertilité sont couverts par la RAMQ depuis 2021. Toutefois, plusieurs dénotent un délai entre la passation de la loi concernant la gratuité des services de préservation de la fertilité et l'application de celle-ci sur le terrain. Ainsi, le temps qui s'écoule afin que les changements législatifs se concrétisent dans les services entrave l'accessibilité des traitements pour les jeunes et a le potentiel d'augmenter les inéquités déjà vécues.

> Cette loi-là a été adoptée le 10 mars 2021, puis a été mise en vigueur à la fin de 2021. Ça ne fait pas tout à fait un an, mais comme beaucoup de changements sociaux, ça prend toujours un certain temps avant de se rendre dans la population. (David, travailleur social)

D'autres professionnel·les soulignent les défis liés aux accords entre le gouvernement et les cliniques pour rendre les services spécialisés accessibles. Iels remettent en question la véritable accessibilité des services de préservation, en raison des lacunes et des difficultés rencontrées dans la prestation des services en procréation assistée. En effet, Rose-Eva explique que même les couples cisgenres hétérosexuels peuvent rencontrer des obstacles d'accessibilité en raison du manque d'entente entre le gouvernement et les cliniques privées. Pour les jeunes trans et non-binaires, ces obstacles peuvent être amplifiés en raison de leur expérience unique et des défis spécifiques qu'iels peuvent rencontrer à travers leurs démarches de préservation de leur fertilité.

De plus, Hugo évoque des préoccupations concernant les cliniques à but lucratif, soulignant leur possible partialité dans la prestation de services de fertilité en favorisant certains types de personnes donneurs·ses ou techniques de fécondation pour améliorer leurs statistiques. Ces enjeux sociopolitiques suscitent des réflexions parmi des répondant·es sur l'accessibilité des services spécialisés en fertilité et sur leur implication auprès des jeunes trans et non-binaires.

> Mais je pense qu'il y a des enjeux politiques aussi, même pour les couples cisgenres hétéros, il y en a qui ont de la misère à aller chercher la préservation, parce qu'il n'y a pas d'entente entre le gouvernement et les cliniques privées, qui sont tout à fait claires, puis les cliniques privées disent qu'elles ne reçoivent pas assez d'argent pour ça du gouvernement pour ces programmes-là, ça fait qu'elles bloquent l'accès même à des familles hétéros cisgenres. Puis ce sont probablement ces familles-là qui vont passer en premier. […] Même si la loi permet d'absorber une partie des coûts, dans le concret, ce n'est pas toujours efficace. (Rose-Eva, psychologue)

> Puis il y a un problème je dirais, présentement les compagnies, les cliniques comme ça, ce sont des cliniques qui sont à but lucratif. Est-ce que tu renseignes la clientèle pour maximiser l'utilisation des services ou est-ce que tu renseignes vraiment en fonction... Il y a tout un morceau, elles fonctionnent beaucoup au niveau des statistiques, à quel point elles sont efficaces. On va choisir un donneur plutôt qu'un autre, quand il y a deux hommes qui veulent féconder, parce que là ça fait diminuer les statistiques de la clinique, parce que là ça fait trois essais plutôt que… Je pense que ce n'est pas totalement impartial tout ça. (Hugo, psychologue)

Savoir-faire : La pratique et les rôles professionnels en lien avec la préservation de la fertilité

Les professionnel·les détiennent un savoir-faire quant aux discussions entourant la préservation de la fertilité. Iels discutent ainsi du moment opportun pour aborder le sujet et recensent divers scénarios et techniques favorables à l'approfondissement de la discussion auprès des jeunes. Les personnes questionnées collaborent aussi étroitement avec les parents et le corps médical pour informer, soutenir et coordonner les soins en utilisant une approche transaffirmative.

Moment pour l'aborder

Si certain·es sont amené·es à discuter de la fertilité et sa préservation, d'autres expliquent orienter leur accompagnement en fonction des besoins exprimés par les jeunes. La fertilité ou la préservation de la fertilité n'est donc pas systématiquement abordée avec les jeunes si cela ne fait

pas partie du motif de consultation, notamment lorsque les jeunes ne souhaitent pas amorcer l'hormonothérapie.

> Pour moi, à date, ce n'est tellement pas quelque chose qui était principal dans le suivi. D'une part j'ai une personne qui est non-binaire puis elle ne fait pas de processus hormonal ou quoi que ce soit donc ça n'a pas lieu de discussion. Puis aussi pour moi, c'est super important avec mes clients de me centrer sur la demande. (Sophie, sexologue)

C'est principalement dans le cadre de la transition médicale que les conversations autour de la préservation de la fertilité ont lieu, puisque les traitements hormonaux ou chirurgicaux peuvent avoir un impact sur la fertilité, particulièrement pour les jeunes filles trans. Ainsi, si pour les garçons trans, il y a une certaine réversibilité des effets de l'hormonothérapie sur leur fertilité, cela n'est pas le cas des filles trans. Néanmoins, comme il faut cesser l'hormonothérapie pour pouvoir produire des gamètes, la souffrance qui peut en découler doit être considérée. C'est pourquoi une dizaine de professionnel·les disent que le meilleur moment pour discuter de la préservation de la fertilité est lorsqu'il est question d'hormonothérapie, avant de débuter le traitement.

> C'est surtout dans le cadre d'une hormonothérapie qui a un impact sur le système reproducteur. Donc « Est-ce que tu étais au courant? Oui, non. Est-ce que tu connais les impacts? Oui, non. Si tu connais les impacts, est-ce que tu as réfléchi un peu? (Sarah, sexologue psychothérapeute)

> C'est sûr que je leur dis « Écoute, moi j'ai le devoir de t'informer que ça se peut que, qu'on ne connaît pas tous les impacts et que chaque corps est unique. Ça se peut que s'il y a un arrêt d'hormonothérapie, que la fertilité revienne. Est-ce qu'elle va revenir comme elle était? Pas pantoute? À moitié? On n'a pas de garantie. (Chantal, travailleuse sociale)

Toutefois, les réponses des participant·es varient s'il est opportun de parler de la préservation de la fertilité à l'étape des bloqueurs de la puberté, puisque cela est vu comme réversible et donc n'ayant pas nécessairement d'impacts sur la fertilité. Finalement, au moment des chirurgies, quatre personnes soulignent l'importance d'aborder ce thème avant les procédures.

Cependant, certains enjeux sont soulevés qui compliquent les discussions entourant la préservation de la fertilité. D'une part, les délais peuvent être courts entre la prise en charge de la

transition médicale des jeunes par les médecins, soit de famille ou spécialisé·es, et le début de l'hormonothérapie. Cela peut ainsi limiter les opportunités pour entamer ces discussions. En effet, certain·es jeunes expriment un besoin pressant de commencer leur transition dès le dévoilement de leur identité de genre, ce qui peut entraîner un manque de temps pour réfléchir à la préservation de leur fertilité.

> Mais le problème que je trouvais, je t'avoue, c'est que le délai entre leur *coming out*, puis la prise en charge pour l'hormonothérapie, à part s'il y a une longue liste d'attente, la plupart veulent aller super vite au niveau de leur processus. Ça fait qu'il n'y a pas grand temps que t'as là-dedans, des fois c'est deux, trois mois. Ce n'est pas un long cheminement qu'ils ont pour faire réfléchir au niveau de la procréation. (Hugo, psychologue)

D'autre part, les professionnel·les reconnaissent que l'âge des jeunes est un enjeu et que la plupart ne sont pas au stade de se questionner sur une future parentalité. Leur jeune âge et le manque d'expérience peuvent donc affecter leur capacité à se projeter à long terme et peuvent générer des prises de décisions impulsives.

> Les jeunes aussi, c'est qu'ils sont jeunes [accent sur jeunes]. […] Le fait qu'ils ne savent pas ou que d'emblée ils disent « Non je ne veux pas d'enfants, donc maintenant je n'en veux pas, donc je n'en voudrais pas pour toujours ». Je pense que c'est un enjeu quand même qui bloque leur capacité à se projeter dans le temps aussi loin pour prendre une décision vraiment éclairée. (Virginie, travailleuse sociale)

> Un jeune, une semaine après, c'est trop loin, ouf c'est de l'inconnu! [rires]. Mais quand on est rendu là, c'est parce qu'il faut qu'on se pose des questions autres que pour la semaine d'après. (Adrianna, sexologue psychothérapeute)

Les enjeux développementaux typiques de l'adolescence ont aussi un impact sur leur capacité à se projeter dans l'avenir, les jeunes étant alors davantage préoccupé·es par leur relation avec leur famille et leur bien-être émotionnel que par la planification de leur futur ou une possible parentalité. Des problèmes tels que les difficultés relationnelles avec les parents, les épisodes de crise émotionnelle et les pensées suicidaires peuvent ainsi occulter leur capacité à envisager l'avenir et à réfléchir sur la préservation de leur fertilité.

> Ils étaient plus dans le « Mon dieu, comment je vais annoncer ça à ma famille, si je veux un jour pouvoir commencer peut-être une transition, ou commencer à être mieux avec moi-même ». (Valérie, technicienne en éducation spécialisée)

> L'urgence c'était d'avoir un lien harmonieux avec les parents. Donc de travailler un petit peu la relation avec leurs parents, l'affirmation de soi, de gérer des situations comme difficulté d'aller à l'école ou de s'affirmer. (Rose-Eva, psychologue)

> Quand tu viens de faire un geste suicidaire, puis que t'es hospitalisé·e, ta vision du futur est bien boff. Ce qu'il fait qu'ils ne veulent pas vivre, ils sont beaucoup dans l'ici et maintenant, parce que ce sont des ados aussi. (Joanie, psychoéducatrice)

Plutôt que d'opter pour la préservation de la fertilité, certain·es jeunes peuvent se questionner sur la possibilité de devenir parent avant d'entreprendre l'hormonothérapie. Bien que cela soit rare, ce questionnement ouvre la porte à d'autres réflexions pertinentes, notamment sur la capacité des jeunes d'être parent tôt dans leur parcours de vie.

> Ça m'est déjà arrivé qu'un jeune se questionne à savoir est-ce que ça serait mieux d'avoir des enfants avant de commencer l'hormonothérapie par exemple. C'est sûr je dirais que c'est assez rare étant donné que j'en ai eu, j'ai juste eu un patient qui avait ces questionnements-là, mais c'est quelque chose qui est possible. Je pense que ça pourrait apporter, s'il y a des enfants cis hétéros qui souhaitent avoir des enfants à 16-17 ans, pourquoi la communauté trans ne pourrait pas? C'est un peu ça la question. (Chloé, travailleuse sociale)

Scénarios de discussions

Plusieurs mettent l'accent sur l'importance d'aider les jeunes à réfléchir sur leur parentalité future en se basant sur leurs propres valeurs et désirs, plutôt que sur des pressions sociales externes. L'objectif est d'élargir leur réflexion de manière plus globale, de sorte à valoriser leur autonomie et leur agentivité tout en les aidant à développer une meilleure compréhension de soi. En faisant émerger ces discussions de manière subtile, les jeunes peuvent se sentir moins jugé·es, ce qui facilite l'exploration authentique de leurs aspirations.

> C'est d'aider la personne à se dire « Est-ce que j'ai un désir de famille? Est-ce que dans mon identité et dans mes valeurs, la vie familiale est importante? Et puis est-ce que je peux prendre une décision par rapport à ces valeurs-là, plutôt que par rapport à la pression sociale d'avoir un enfant ou pas? ». C'est plus d'essayer d'aider la personne à réfléchir de façon large sur la question, plus que « Si tu le fais, ça va donner X. Si tu ne le fais pas, il y a des

> chances que ça ne marche plus après ». C'est d'élargir la question à ce que la personne veut elle-même à l'intérieur. (David, travailleur social)

> Je les fais se projeter dans l'avenir, pour voir quand ils se projettent plus tard. Je ne passe jamais par la porte de ça va avoir un impact sur la fertilité. […] Même quand ils sont enfants, parce que souvent ce sont des choses qu'ils partagent, leurs envies par rapport à leur désir d'enfants. […] C'est une des premières choses quand je donne des formations sur l'accompagnement des enfants, des ados, « Faite émerger, faite émerger », pas en posant des questions directes. (Mélissa, sexologue)

Par la suite, quatre personnes professionnelles disent que la conjugalité future des jeunes a un impact sur la création d'une famille avec des enfants. Ainsi, plusieurs options s'offrent aux jeunes en fonction de leurs gamètes et ceux du ou des partenaires futur·es. Par exemple, il est possible pour un jeune garçon trans que sa partenaire future porte son ovule fécondé par un don de sperme. Ces alternatives sont parfois méconnues des jeunes. Chloé explique qu'elle incorpore alors le sujet dans sa discussion avec les jeunes.

> Puis souvent, c'est très catégorique, « Ah bien si je ne veux pas d'enfants, je ne veux pas être, on va dire enceinte », c'est un non, […] mais il y a d'autres options, surtout avec la technologie. Mais d'avoir son propre œuf dans le ventre de son ou sa conjointe, qui elle pourrait enfanter un enfant biologique. Ça, ce sont des choses que ce n'est pas tout le monde qui connaît. (Chloé, travailleuse sociale)

Une autre stratégie employée par les personnes rencontrées est d'utiliser l'entretien motivationnel. L'approche consiste à guider la discussion en encourageant les jeunes à explorer leurs propres connaissances et sentiments sur un sujet donné, dans ce cas-ci la fertilité. En posant des questions ouvertes, les participant·es sont en mesure de compléter les connaissances déjà détenues par les jeunes et de les aider à intégrer les nouvelles informations dans leur processus de prise de décision. Cette approche encourage l'autonomie et l'engagement des jeunes dans leur réflexion à propos de la préservation de leur fertilité.

> Moi j'utilise l'entretien motivationnel, donc c'est « Qu'est-ce que tu connais? ». […] La personne, on se dit qu'elle a déjà fait des recherches, puis ils ont tous fait des recherches. Alors « Qu'est-ce que tu connais sur la fertilité, par exemple sur l'impact sur ta fertilité? Qu'est-ce que ça te fait les informations que tu as eues? Tu me permets de compléter? Parfait, oui. Voici les informations que tu ne m'as pas dit. Peut-être que tu savais, mais je

> peux dire ça, ça, ça pour rajouter à ta prise de décision. Maintenant ça te fait quoi tout ça? Comment tu reçois ça? ». (David, travailleur social)

Par la suite, quelques personnes vont demander directement aux jeunes s'iels veulent des enfants plus tard. Une fois la question posée, les professionnel·les vont tout de même approfondir le dialogue avec les jeunes.

> J'amène vraiment le sujet s'ils veulent des enfants, la plupart du temps ils vont me dire non. Souvent ça va être comme « Non! Ark! Non?! », parce qu'ils ont souvent un petit frère, ou une petite sœur, un peu boguant sur les bords, puis là, ça ne leur tente pas d'avoir des enfants. Ça fait que là il faut challenger le sujet. (Hugo, psychologue)

> « Est-ce que tu veux des enfants plus tard? Parce que si tu te diriges vers par exemple une hystérectomie, là, si on enlève tout, on enlève tout. Si tu veux des enfants plus tard, est-ce que tu veux les adopter? Est-ce que tu veux nécessairement ton code génétique ou tu t'en contrefous? Comment tu vois ça? Si mettons tu vas vers une vaginoplastie ou une orchidectomie, veux-tu conserver des petits nageurs ou pas? ». C'est un peu tout ça. (Ianik, intervenant communautaire)

Cependant, d'autres mettent en garde contre les questions fermées qui peuvent engendrer une prise de décision rapide. Tel que mentionné précédemment, le désir d'avoir un traitement hormonal peut primer sur le désir de préserver la fertilité, en plus de devoir composer avec l'enjeu des délais détaillé dans les barrières aux traitements de la préservation.

> Si tu accompagnes un jeune trans qui veut avoir accès à des hormones, puis que tu lui dis, « Ouain, mais là as-tu pensé à ça? », ça se peut qu'il fasse « Non, non! Je n'en veux pas d'enfants, non je n'en veux pas », parce que c'est beaucoup plus fort le désir à ce moment-là d'avoir des hormones. (Mélissa, sexologue)

Une fois la discussion sur leur avenir et la possibilité d'une parentalité future abordée, les professionnel·les vont informer les jeunes à propos des procédures liées à la préservation de la fertilité.

> Je leur dis où ça se fait à Québec, un approximatif des coûts, puis qu'est-ce qu'ils font. Donc la ponction de l'ovule, puis pour le garçon de naissance c'est la récolte de sperme et qu'on doit aussi faire la préservation, la congélation, de tout ça. (Chantal, travailleuse sociale)

> Je vais le nommer clairement « Moi je connais deux méthodes, je sais qu'il y en a plus, mais je peux seulement t'en nommer deux, puis je vais te référer vers les bonnes ressources qui

> vont pouvoir t'expliquer les autres façons pour vraiment que tu ailles un maximum de ressources dans ton coffre à outils. (Simon, intervenant communautaire)

Les participant·es doivent aussi décider si la discussion a lieu de manière continue ou à un seul moment. Pour plusieurs, le consentement éclairé du ou de la jeune implique que le sujet soit abordé à quelques reprises, au fil des suivis, puisque son opinion peut évoluer avec le temps.

> « C'est plate à dire, mais plus le jeune va l'entendre, qu'il ne l'entende pas rien qu'une fois, de l'entendre de différentes personnes, je pense que oui c'est important dans la question de faire un consentement éclairé. » (Chantal, travailleuse sociale)

> Moi dans mon monde idéal, je pense que serait important que ce soit plusieurs conversations, parce qu'une conversation, pour moi, ça peut être une décision un peu plus impulsive sur un coup de tête, tandis que si ça se passe en plusieurs conversations, qu'il y a des changements au travers de ça, qu'il y a du *back and forth*. (Valérie, technicienne en éducation spécialisée)

Pour Mélissa, il est pertinent de d'aborder le sujet assez tôt dans le processus, puisque cela permet de donner aux jeunes le temps de réfléchir à leurs désirs et à leurs valeurs en matière de parentalité.

> Moi je l'aborde avec mes plus jeunes en sachant que ça va évoluer, mais je le réaborde au fil… L'âge idéal, moi je pense qu'il n'y en a pas. Dès que j'embarque dans un processus avec un jeune, c'est quelque chose que je fais émerger. J'ai des enfants très, très jeunes et quand je leur dis « Ah, mettons là, dans quelques années, qu'est-ce que tu imagines? Ça serait quoi ta vie? ». (Mélissa, sexologue)

Globalement, les personnes questionnées s'entendent pour dire que l'objectif de la discussion entourant la fertilité et la préservation de la fertilité est d'obtenir le consentement libre et éclairé de la personne à travers son processus d'affirmation de genre. Au sein de ce processus continu, les jeunes sont activement impliqué·es dans toutes les étapes de la prise de décision. Les jeunes comprennent pleinement les implications de leurs choix et sont en mesure de les accepter en toute conscience. Le consentement libre et éclairé implique alors de leur offrir le temps, l'information et le soutien nécessaires pour une prise de décisions informée, réfléchie et alignée avec leur identité et leurs objectifs de vie.

> Mon objectif, ce n'est pas que le jeune décide cette journée-là, mais qu'il aille la pensée justement pour qu'il puisse réfléchir, puis pour que ça soit assumé. Dans le sens que « Ok,

> je prends une décision comme ça, elle est très difficile et elle impact beaucoup, mais je suis zen avec cette décision ». […] Je trouve ça important pour le consentement éclairé, que le jeune ait le temps de se poser les questions et de réfléchir. (Adrianna, sexologue psychothérapeute)

> Que la personne, bien sûr qu'elle décide ce qu'elle veut faire avec son corps ou ses gamètes, mais au moins qu'elle prenne connaissance que le fait par exemple de faire une hormonothérapie, bien il peut y avoir des enjeux au niveau de la fertilité à court terme, peut-être à long terme, tout dépendamment de ses choix. […] Puis moi, ce que je veux, c'est que la personne fasse un choix éclairé, qu'elle ait toutes les infos dans ses mains pour faire un choix qui lui ressemble le plus possible. (Sarah, sexologue psychothérapeute)

Des professionnel·les mettent toutefois en garde contre les impacts non souhaités de répéter ces discussions. En effet, cela peut créer un sentiment de jugement ou de précipitation dans la prise de décision. Les répondant·es risquent aussi de transmettre le message implicite selon lequel il est préférable que les jeunes préservent leur fertilité ou que de refuser la préservation n'est pas la bonne décision à prendre. Iels soulignent ainsi l'importance de ne pas imposer la discussion sur la préservation de la fertilité aux jeunes et mettent de l'avant le respect de leur décision. En ce sens, les personnes questionnées s'engagent à fournir des informations objectives sur le sujet, tout en laissant la porte ouverte pour des discussions ultérieures si les jeunes le souhaitent.

> Moi je ne veux pas rester sur le « En tout cas, tu y penseras », si la personne me dit clairement « Non, ce n'est pas un facteur », puis que moi je me positionne dans « Prend le temps d'y penser », j'ai l'impression que je lui donne le message comme quoi ce n'est pas adéquat de dire « Je n'en veux pas » […]. Je peux donner l'information, dire « Si jamais tu veux réaborder ce sujet, j'ai d'ouverture, ça m'intéresse aussi. Si tu me dis que la porte est fermée, on n'en parle plus ». (Manon, travailleuse sociale)

> Mais l'enjeu, c'est vraiment l'espèce de… Répéter l'information, faire comme si la personne n'était pas capable de prendre une décision elle-même, puis que la personne sente qu'elle est comme pressée de prendre une décision dans le sens que les professionnel·les veulent. (David, travailleur social)

Collaboration auprès des parents

Les personnes participantes jouent aussi un rôle d'accompagnement auprès des parents concernant la fertilité de leur enfant. Au cours de ces discussions, les réactions des parents peuvent être variées, nécessitant une intervention et un soutien attentifs de la part des professionnel·les pour

les aider à guider au mieux leur enfant. Il est fréquent que les parents ne sachent pas en quoi consiste la préservation de la fertilité et ils sont souvent surpris lorsque le sujet est abordé. En plus, les parents ont souvent des préoccupations telles que la crainte que l'enfant vive du regret ou que l'enfant soit jeune pour y réfléchir.

> J'ai vu des parents dire à leur jeune qu'ils pensent qu'il va le regretter « Si tu ne le fais pas plus tard… ». C'est dur de savoir à ce moment-là si c'est la crainte des parents ou du jeune. Ça fait qu'on explore un petit peu. On ne les garde pas non plus tout le temps en rencontre, parce qu'on veut être capable d'aborder ça tout seul avec le jeune sans qu'il y ait de la pression. Moi ce que j'aime beaucoup dire aux parents, c'est qu'on ne peut pas juste faire ça parce qu'on ne veut pas prendre de chances. (Hugo, psychologue)

En addition à ces préoccupations, certains parents peuvent ressentir un sentiment de perte face à l'idée que leur enfant ne veuille pas d'enfant biologique. Cette réalisation peut susciter des interrogations sur leur propre rôle en tant que grands-parents.

> C'est encore un autre deuil à faire [signe de guillemets avec les mains] par rapport à justement « Mon enfant, ne va pas avoir de bébé », mettons si le garçon a été assigné fille, ça leur frappe en face « Je réalise que mon enfant ne va jamais porter un enfant dans son ventre. Peut-être que je ne serai jamais grand-parent, ou je ne serai jamais grand-parent biologique d'un enfant », ça ce sont les questionnements des parents. (Adrianna, sexologue psychothérapeute)

Par conséquent, les répondant·es soulignent l'importance de reconnaître la diversité des modèles familiaux et de s'affranchir de certaines normes sociales hétéronormatives de la parentalité. Iels encouragent les parents à réévaluer leurs attentes envers leur enfant et à comprendre que le choix de ne pas avoir d'enfants n'est pas lié à l'identité de genre.

> C'est de leur montrer qu'on pense beaucoup que ça prend un homme puis une femme pour faire un enfant, mais ça peut être plus large maintenant. On se rend compte qu'il y a plein de façons d'avoir des enfants. (Simon, intervenant communautaire)

> « Bien oui, tu n'as pas mis un enfant au monde pour avoir des petits-enfants. À un moment donné c'est à toi aussi de retravailler tes conceptions, de retravailler ce que tu t'attends de ton enfant ». […] Puis j'explique aux parents justement que si leur enfant décide qu'il ne veut pas d'enfant, ce n'est pas parce qu'il est trans. Il aurait été cisgenre que ça aurait été la même décision. […] « C'est la vie de votre enfant, c'est lui ou elle qui va décider ». (Ianik, intervenant communautaire)

En ce sens, certains parents soutiennent ainsi la décision de leur enfant, quelle qu'elle soit. D'autres sont davantage enclins à accepter certains traitements liés à la transition médicale si leur enfant entreprend d'abord la préservation de sa fertilité. Cette démarche peut ainsi apaiser les inquiétudes initiales de certains parents. De plus, le fait que leur enfant ait pris des dispositions pour préserver cette possibilité peut amener les parents à se sentir plus à l'aise avec la transition médicale, car cela témoigne d'une réflexion approfondie et d'une planification proactive de la part de leur enfant. Certains parents peuvent donc être plus soutenants par rapport à la préservation de la fertilité de leur enfant en ce sens.

> Puis même que ça vient rassurer des parents sur les chirurgies, parce que pour eux, dans leurs têtes la chirurgie c'est irréversible. Soudainement, « Oui la chirurgie est irréversible, mais ça, on peut venir le préserver. Ça, on peut au moins offrir ça à la personne peut-être une porte de sortie ou un changement d'idées ». Même que des fois, il y a des parents qui deviennent plus enclins à la chirurgie en faisant « Ok, c'est mon dieu, ce n'est pas pire que pendant cinq ans se soient payés ». Ce qui fait qu'ils regardent ça avec leur jeune un peu plus. (Ianik, intervenant communautaire)

Dans les cas d'une divergence d'opinions entre les jeunes et leurs parents au sujet de la préservation de la fertilité, les personnes questionnées disent adopter des techniques de résolution de conflits. L'objectif est donc de trouver un terrain d'entente en considérant les préoccupations respectives des jeunes et des parents. Dans certains cas, les parents et les jeunes parviennent à un consensus où les jeunes confient la décision de la préservation à leurs parents. Dans d'autres situations, les jeunes expriment clairement leur refus d'avoir des enfants, et les parents acceptent et soutiennent cette décision, témoignant ainsi d'un mouvement vers l'acceptation et la validation mutuelles.

> C'est de plus aller tempérer le jeu, « Voici le point de l'un, voici le point de l'autre, comment on peut s'entendre? ». C'est quoi les inquiétudes du jeune? C'est quoi les inquiétudes du parent? Est-ce c'est parce que le jeune ne veut pas passer à travers un processus de fertilité, de préservation? Ça peut être invasif. Est-ce que ça peut être que tu ne veux pas d'enfants tout simplement? C'est de voir un peu, puis aider, accompagner ces familles-là à une résolution de conflits. (Chloé, travailleuse sociale)

> Souvent, les deux vont arriver au consensus de « Ok, mais c'est vrai, tu me donnes tes arguments comme quoi, peut-être éventuellement, je vais vouloir un enfant. Puis pour le

> moment je suis trop jeune, ce qui fait que je te laisse cette responsabilité à toi ». […] Tandis que d'autres jeunes qui vont faire carrément « Non, parent je ne veux rien savoir, même si j'étais cis, même si j'étais… », peu importe [rires], « Je ne veux jamais avoir d'enfants ». Puis le parent va comprendre, ça va être comme le mouvement contraire, comme si le parent il dit « Regarde, on a fait le tour. Moi, je t'ai parlé de ce que moi j'avais envie, puis qu'est-ce que je voulais. Mais je comprends ta décision, puis je vais l'accepter et la corroborer aussi ». (Adrianna, sexologue psychothérapeute)

Références et collaboration auprès du corps médical

Les participant·es reconnaissent les limites de leur rôle et évitent d'aborder les aspects médicaux précis de la préservation de la fertilité. Plusieurs mentionnent préférer ne pas aborder ces détails pour éviter de communiquer de fausses informations. Leur rôle est plutôt d'encourager les jeunes à être conscient·es de ce qu'implique brièvement la préservation de la fertilité et de les inciter à discuter de leurs options avec des professionnel·les du domaine médical.

> Je n'aime pas tomber dans le médical, qu'est-ce que c'est la procédure, qu'est-ce qui est possible, sinon au niveau très, très précis de ce sont quoi mes options pour plus tard, par rapport à la fertilité. Ça, souvent j'essaie de m'éloigner de ça. Je ne suis pas médecin, je ne suis pas gynécologue, je ne suis pas une professeure d'université. Donc j'essaie de m'éloigner pour ne pas donner des mauvaises informations ou encore faire peur aux jeunes en disant que c'est possible. (Chloé, travailleuse sociale)

> Mon rôle, c'est beaucoup de leur dire « On ne sait pas, il faut qu'il soit conscient. On ne sait pas ce qui va arriver ». Je ne le sais pas comment c'est après ça. C'est le médecin qui va aller plus précis expliquer, je ne sais pas moi, les possibilités de réussite, les ci et les ça. Je ne vais pas dans ce détail-là au niveau de la préservation. (Mélissa, sexologue)

Les professionnel·les du privé décrivent leur apport à travers la préparation des jeunes en vue de leur rendez-vous médical pour débuter l'hormonothérapie. Adrianna souligne que face aux médecins, le sentiment d'urgence d'accéder aux hormones peut être exacerbé puisqu'iels détiennent le pouvoir d'offrir ou non les traitements. Pour éviter des décisions hâtives, elle préfère préparer les jeunes en amont, les sensibilisant à l'importance de réfléchir à leurs choix. Sarah souligne par ailleurs que les questions du médecin peuvent être perçues comme intrusives, surtout si le sujet de la fertilité est abordé sans préparation préalable.

> Souvent, quand ils sont rendus chez le médecin, c'est « Je veux mes bloqueurs! Je veux mes hormones! » Ce qui fait qu'ils passent ça comme plus vite. C'est pour ça que j'aime mieux les préparer d'avance, « La médecin va te poser la question, elle veut savoir si tu as réfléchi ». (Adrianna, sexologue psychothérapeute)

> Le médecin, forcément va poser la question. Donc le fait que la personne a déjà eu cette préparation-là avec moi, je trouve que c'est nécessaire dans un sens, parce que ça peut être très violent, j'ai presque envie de dire, que de se faire dire : « Ok, puis toi tes gamètes… » alors que ça se peut que la personne n'ait même pas envie d'avoir d'enfants. (Sarah, sexologue psychothérapeute)

Lorsque les jeunes sont intéressé·es, les personnes répondantes les réfèrent à leur médecin de famille ou à d'autres professionnel·les du milieu médical (endocrinologues, pédiatres) afin de finaliser et clarifier les détails spécifiques relatifs à la préservation. Dans le cadre de l'évaluation psychosociale pour l'hormonothérapie, certain·es disent aussi l'écrire dans la lettre de recommandation.

> Par exemple, si justement dans une situation fictive, une jeune qui va commencer l'œstrogène, puis juste avant de commencer l'œstrogène, on lui demande « Où est-ce que tu en es par rapport à la préservation de la fertilité? » et puis comme « Moi ça m'intéresse vraiment », ils vont envoyer la requête, ok tu vas te faire rappeler pour la préservation de la fertilité. […] Le médecin réfère au bon endroit, l'enfant va pouvoir aller faire toutes les démarches et le processus par rapport à la préservation de la fertilité. (Chloé, travailleuse sociale)

> Puis un coup que c'est fait le bout du processus de bien comprendre et de jaser de tout ça, après ça moi, je transfère aussi au médecin. Il y a un certain bout qui va être après ça où le médecin va aller valider des choses ou expliquer des choses et tout ça. […] Même si j'explique plein d'affaires, il y a des détails où je me dis « Tu vas finaliser ton processus avec le médecin ». (Mélissa, sexologue)

D'autres personnes peuvent orienter directement les jeunes et leur famille vers les cliniques de fertilité. Cependant, iels abordent leur propre manque de connaissances et qu'il est parfois difficile d'avoir les informations à jour. En effet, les jeunes se retrouvent parfois confronté·es à des réponses floues ou à des renvois vers d'autres établissements lorsqu'iels contactent ces cliniques. Cette situation est d'autant plus complexe pour les professionnel·les qui travaillent avec des jeunes de différentes régions, les empêchant de recommander spécifiquement une clinique. Dans ces cas, les

répondant·es conseillent aux jeunes de contacter les cliniques de leur région par elleux-mêmes ou avec le soutien de leurs parents.

> À l'époque je disais « Va appeler les cliniques dans ton secteur, de [fertilité] ». Puis là, ils vont faire comme « Ok, mais on a appelé, puis il n'y a personne qui connaît la réponse ou « On ne sait pas si on fait le traitement », ou ils nous envoient à une autre place. […] C'est dur, parce que moi je vois des jeunes pas juste à Montréal, puis la Rive-Sud, des fois moi je suis des jeunes à Québec ou à Rimouski ou à Sept-Îles…Ce qui fait que je ne peux pas dire « Vas à telle clinique », il faut que je dise « Va vérifier dans les cliniques de ton secteur, de ta région ». (Adrianna, sexologue psychothérapeute)

> Si j'ai une question demain, je ne saurais même pas qui j'appelle. Je vais laisser au jeune le soin de téléphoner par lui-même ou à ses parents. C'est ça qui va se passer ou j'attends sur la ligne de la clinique de fertilité. (Hugo, psychologue)

Pour Chloé, le processus de référencement diffère de la méthode rapportée par d'autres participant·es du projet. Elle explique travailler dans une clinique spécialisée pour les jeunes trans et non-binaire où le travail interdisciplinaire est au cœur de sa pratique. Dans son milieu, c'est plutôt le médecin qui initie la conversation sur la préservation de la fertilité. C'est ce dernier qui lui réfère ensuite les jeunes lorsqu'il remarque qu'il serait bénéfique pour elleux d'approfondir leur réflexion avec elle. Ce type de fonctionnement peut effectivement être avantageux, puisque les médecins sont souvent les premières personnes professionnelles impliquées dans les discussions sur la santé et les traitements médicaux. Les médecins possèdent ainsi les connaissances et les implications médicales de la préservation de la fertilité leur permettant de discuter de la préservation de la fertilité de manière plus intégrée selon le contexte médical des jeunes.

> Souvent, si j'ai une question à aborder sur la fertilité avec un jeune, ça va être à la demande du médecin. C'est le médecin qui va avoir abordé ça, qui va avoir vu qu'il y a peut-être quelque chose à aller explorer davantage, il y a peut-être des questions, de l'introspection à faire par rapport à ce sujet-là. (Chloé, travailleuse sociale)

Ce mode de fonctionnement est efficace puisque les médecins de sa clinique sont bien informé·es des enjeux et des meilleures pratiques en matière d'accompagnement des jeunes trans et non-binaires, adoptant ainsi une approche transaffirmative. Cependant, pour les jeunes référé·es à leur

médecin de famille ou à des cliniques spécialisées moins familiarisées avec cette clientèle, une rencontre préalable est bénéfique avant le rendez-vous médical en raison des enjeux mentionnées précédemment.

Attitudes préconisées

Les personnes questionnées mettent de l'avant des attitudes qui sont favorables aux discussions avec les jeunes trans et non-binaires. Celles-ci privilégient les notions de « bienveillance » et de « sensibilité » qui sont fréquemment évoquées lors des entrevues. Les répondant·es adoptent ainsi une approche empathique, attentive aux besoins individuels des jeunes. Iels reconnaissent aussi l'importance de considérer les perspectives des jeunes, qui peuvent différer des leurs. Leur communication se veut donc bienveillante et non directive, créant un espace propice au dialogue dans lequel les jeunes peuvent se sentir entendu·es et soutenu·es dans leur décision au regard de la préservation de la fertilité.

> Je pense que c'est important de l'aborder, mais dans une perspective du jeune, pas comme adulte. Oui on sait nous, qu'à long terme, ça peut être un questionnement. Ça fait que c'est important de quand même l'aborder dans cette optique-là. (Hugo, psychologue)

> C'est vraiment d'essayer d'accueillir, puis de voir que notre cadre de référence à nous n'est pas nécessairement le cadre de référence de la personne qui est devant soi. (Ianik, intervenant communautaire)

> La façon de l'aborder en tout premier lieu, c'est-à-dire avec sensibilité. […] Je pose la question de façon bienveillante, sans induire que c'est une nécessité, mais juste en disant « Est-ce que ça fait partie des réflexions que vous pourriez avoir si jamais je vous disais que c'est une possibilité? (Rose-Eva, psychologue)

Parmi les personnes participantes, cinq d'entre elles vont ainsi discuter du lien thérapeutique qui se développe à l'aide de ces compétences relationnelles. Ce lien représente la relation de confiance, de respect et d'empathie qui se développe entre la personne professionnelle et les jeunes. De ce fait, cette relation facilite les discussions auprès des jeunes, et ce, autant par rapport à la préservation de la fertilité que dans le cadre de l'accompagnement des jeunes au sein de leur parcours d'affirmation de genre de manière générale.

> À cause qu'on a un lien beaucoup plus rapproché avec le jeune, on est plus capable d'aborder ces sujets-là, je crois que le médecin de famille. (Hugo, psychologue)

> Le lien thérapeutique se développe, puis que le jeune est peut-être plus à l'aise de parler de ces questions-là. (Virginie, travailleuse sociale)

La continuité des suivis et le temps dédié à l'accompagnement des jeunes représentent un autre aspect mentionné par les participant·es dans la création du lien thérapeutique. Dans certains contextes, tel que l'évaluation psychosociale pour l'obtention d'une lettre de recommandation, les rencontres sont moins nombreuses, les suivis sont quant à eux plutôt sur le long terme. En effet, ces derniers impliquent un engagement sur une période plus longue, pouvant s'étirer sur plusieurs mois voire jusqu'à une année entière. Cette flexibilité temporelle permet aux répondant·es d'adapter la durée des suivis selon les besoins et les circonstances spécifiques des jeunes. Dans certains cas, ces suivis peuvent même s'étendre sur plusieurs années, témoignant ainsi de l'engagement continu et de la disponibilité des professionnels envers les jeunes qu'iels accompagnent.

> Ça peut être vraiment des jeunes que je vais suivre où on va faire des arrêts, et on va continuer quand ils ont une autre étape à franchir. (Adrianna, sexologue psychothérapeute)

> J'ai cette flexibilité-là aussi, dans le cadre de mon travail de, je n'ai pas cinq rencontres maximum et ça finit là. Je vais prendre le temps que ça prend pour travailler. Si mon objectif, c'est d'avoir une idée plus claire de la fertilité… Si ça prend deux, trois, quatre rencontres, ça prendra le nombre de rencontres que ça prendra. Ça va vraiment dépendre de comment les jeunes veulent prendre l'espace pour en parler. (Chloé, travailleuse sociale)

Le délai entre les rencontres offre aussi aux jeunes une opportunité précieuse pour approfondir leur réflexion sur la préservation de leur fertilité. Lors des évaluations psychosociales, les personnes participantes doivent souvent fournir une grande quantité d'informations, ce qui peut être intimidant pour les jeunes et leur famille. Par conséquent, avoir du temps entre les rencontres leur permet de poursuivre leur réflexion de manière plus approfondie. Ce délai est donc perçu positivement, car cela permet d'éviter des décisions hâtives et favorise une prise de décision plus éclairée, et ce, malgré les contraintes de temps décrites précédemment.

> Ça nous laisse le temps de rebondir, puis de développer sur la question en plusieurs rencontres si le jeune ne sait pas ou s'il a plusieurs questions, d'aller chercher l'information. Puis on peut revenir avec le jeune, on ne le revoie pas juste dans 3 mois, là tu sais, on le revoit dans 2 semaines ou la semaine prochaine. (Virginie, travailleuse sociale)

> Ça fait beaucoup d'informations pour une seule rencontre. C'est pour ça que je donne de l'écrit, puis que je réfère vers des sites pour que les personnes puissent continuer à réfléchir. Je leur dis « Gardez tout ça ensemble dans une pochette [rires] ». C'est beaucoup d'information, donc de savoir que d'autres personnes vont aussi aller un peu plus loin dans ça, ça va aider par la suite. (David, travailleur social)

Le savoir-être revêt donc une importante primordiale dans les discussions sur la préservation de la fertilité, favorisant un dialogue ouvert dans lequel les jeunes peuvent s'exprimer authentiquement. L'apport des connaissances et de l'attitude des professionnel·les sont donc complémentaires au sein de l'accompagnement des jeunes et de leur famille, permettant ainsi l'émergence du consentement libre et éclairé. Cela dit, les participant·es reconnaissent également divers défis en ce qui concerne les attitudes à adopter lors de ces discussions.

Gestion des malaises

Parmi ces défis se retrouve la gestion des malaises pouvant être ressentis par les jeunes dans le cadre des discussions sur le sujet. En effet, cela peut toucher des aspects reliés à la sexualité, ce qui peut être inconfortable à discuter avec des adultes ou ses parents.

> Ça vient aussi toucher la sexualité. Ce n'est pas super cool parler de sexualité avec un adulte, puis ses parents. Il y a comme ce morceau-là aussi des fois. (Hugo, psychologue).

Plusieurs personnes mentionnent l'importance d'ouvrir le dialogue sur le sujet malgré la gêne ou les malaises pouvant être ressentis. De surcroit, lorsque les participant·es ont été questionné·es sur leur aisance d'aborder le sujet, les personnes qui étaient les moins à l'aise le mentionnait souvent en raison d'un manque de connaissances. Pour plusieurs, le simple fait d'entamer cette discussion, même si elle peut être délicate pour les jeunes et les adultes, représente déjà une avancée significative dans le processus d'accompagnement. Ainsi, malgré le sentiment de ne pas

suffisamment être préparé·es, le besoin des jeunes de vouloir en parler devrait l'emporter sur le malaise ressenti, d'autant plus que les informations peuvent se trouver en effectuant des recherches.

> Sans nécessairement devenir des experts […] mais de se sentir à l'aise d'ouvrir le thème, même si on connaît moins. C'est de faire confiance aux jeunes, de faire confiance à la famille. Le fait d'ouvrir un thème, déjà, c'est beaucoup. […] Beaucoup de professionnel·les vont sentir qu'ils n'ont pas les compétences […], mais les jeunes veulent, ils veulent en parler. Ils veulent qu'un professionnel les guides là-dedans ou leur pose des questions pour qu'eux, ils se posent des questions. (Adrianna, sexologue psychothérapeute)

> Que ce soit la fertilité ou autre chose, ça revient que c'est quelque chose qui est très, très intime, quelque chose qui est très tabou aussi, à un certain point. […] Je pense que c'est de ne pas être gêné·e et de laisser l'espace de « Heille, on va parler de sujets qui sont gênants, qui sont intrusifs ». On se laisse la disponibilité d'en parler pour qu'on soit une personne ressource et inclusive pour en parler. (Chloé, travailleuse sociale)

> Mon conseil serait de ne pas hésiter en fait à le faire, même si on ne se sent pas outillé·e, parce que l'information peut se trouver s'il y a vraiment des questions reliées à ça. (Virginie, travailleuse sociale)

Biais d'oppression et norme procréative

Quelques personnes répondantes, notamment celles en travail social, insistent sur l'importance de reconnaître l'impact des normes sociétales sur la procréation afin d'éviter de reproduire les mêmes systèmes d'oppression au sein de la relation thérapeutique. La pratique en travail social favorise cette prise de conscience, puisqu'elle est axée sur la promotion de la justice sociale et implique souvent le travail avec des populations marginalisées confrontées aux effets des inégalités structurelles et institutionnelles. Cette réalité amène alors ces participant·es à reconnaître le potentiel oppressif de leur position et à éviter d'exercer de la pression sur les jeunes conformément aux normes procréatives. Ces normes englobent des idées préconçues sur le moment approprié pour avoir des enfants, le nombre d'enfants à avoir, les rôles de genre associés à la parentalité et les méthodes de reproduction considérées comme légitimes. De plus, il est crucial de s'écarter des conceptions hétérocisnormatives afin de répondre aux besoins individuels des jeunes pour créer un espace thérapeutique plus inclusif.

> En tant que travailleur social, je représente un certain pouvoir. […] Un pouvoir qui pourrait être oppressif. En ayant cette conscience-là de se dire « Tout ce que je dis peut être pris comme une attaque, une pression », d'avoir conscience de l'oppression de la société et des valeurs de la société dans laquelle on vit. (David, travailleur social)

> […] Y aller au rythme du jeune ou de la jeune, puis sortir justement de toutes nos conceptions hétéro et cisnormatives. […] Mais qu'il n'y ait plus cette pression-là, qu'il faut absolument… Qu'une fois que tu es en couple, que ta maison, ton job, « Ah, puis les bébés? », c'est même dans les questions qu'on pose aux gens « Ah, avez-vous des enfants? ». Pourquoi? Souvent dans notre société ça va être « C'est quoi ton job? As-tu des enfants? Es-tu marié·e? ». (Ianik, intervenant communautaire)

> Au niveau de la société, on n'est pas très inclusif pour les gens qui ne souhaitent pas avoir d'enfant. On est beaucoup dans « on préserve la fertilité », j'exagère, mais c'est un peu ça le message que j'ai, même dans les cliniques contraceptives. […] Bien mon rôle, mon rôle de sexologue dans le sens que moi je peux bien avoir mes valeurs et mes jugements au niveau de la fertilité, mais je suis là pour aider mon client, puis d'y aller avec ses besoins, tout simplement. Donc je ne suis pas la gardienne de la fertilité. (Sarah, sexologue psychothérapeute)

Cette norme procréative a donc une influence sur la pratique des professionnel·les qui peut générer un biais pronataliste. David réfléchit sur ses propres valeurs et il identifie que d'avoir des enfants était important pour lui, impactant ainsi sa pratique.

> Puis pour moi avoir un enfant, puis la fertilité, c'était quelque chose d'important, bien je leur dis « Peut-être que pour vous ce n'est pas important, qu'il y a d'autres choses, sauf que n'oubliez pas que là présentement, dans votre vie, vous êtes à un endroit. Puis que dans dix ans vous allez dans un autre endroit, puis que dans dix ans vous allez vouloir le faire. Prenez le temps ». (David, travailleur social)

Par ailleurs, deux participant·es réfléchissent à la pression différentielle liée à la procréation entre les jeunes garçons trans et les jeunes filles trans. En effet, iels discutent de la sensibilité qui peut être plus grande à l'égard de l'ovule par rapport au sperme, ce qui suggère une disparité de valorisation entre les deux dans la réflexion sur la fertilité. Les impacts de ce type d'attitude sont significatifs, car cela peut renforcer les stéréotypes de genre selon lesquels la fertilité est davantage valorisée chez les femmes. Cela peut aussi conduire à un sentiment d'invalidation de l'identité de genre des jeunes, tout en ajoutant une pression supplémentaire de se conformer aux attentes de la société en matière de reproduction.

> Je me demande si on regarde la pression liée à la procréation ou à amener le jeune à réfléchir à ça, je me demande si on l'aborde équitablement entre une femme trans, puis un homme trans. On va être beaucoup plus sensible à l'idée, je pense qu'on va attribuer une valeur beaucoup plus importante à l'ovule que le sperme. Je pense qu'il y a quelque chose à ce niveau-là. (Hugo, psychologue)

Adultisme et éviter le regret de sa fertilité

Plusieurs personnes répondantes expliquent que de travailler avec les jeunes trans et non-binaires implique un équilibre délicat entre le consentement aux soins et la promotion de l'autonomie, puis le système de discrimination qu'est l'adultisme. L'adultisme accorde plus de valeur, de pouvoir et de légitimité aux adultes qu'aux jeunes (Alvarez-Lizotte & Caron, 2022). Cela se traduit par des attitudes, des comportements et des structures sociales qui favorisent les adultes au détriment des jeunes, limitant ainsi leur autonomie et leur pouvoir d'agir. Les professionnel·les reconnaissent et remettent en question ces dynamiques afin de promouvoir l'égalité et le respect des droits des jeunes. D'un autre côté, il est important de reconnaître qu'iels possèdent un bagage expérientiel et des connaissances qui peuvent enrichir la réflexion au sujet de la préservation de la fertilité auprès des jeunes et de leur famille. Les participant·es peuvent ainsi apporter leur expertise tout en reconnaissant et en valorisant le vécu des jeunes.

> Travailler avec les personnes trans, c'est vraiment vivre sur une espèce de fils de fer… Être sur la corde raide entre « Est-ce ce que je préserve? Est-ce que je suis paternaliste? Est-ce que j'essaie de les sauver du regret, versus je les laisse vivre ce qu'ils ont à vivre, puis je promeus l'indépendance, l'autonomie, la prise de décision et tout ça? » Donc il y a tout ce ballant d'essayer de « Ok, je vais t'aider, je ne veux pas te surprotéger, je ne veux pas être paternaliste, mais en même temps il faut que tu connaisses les choses, dans quoi tu t'embarques ». (David, travailleur social)

> Je suis toujours soucieuse de dire « Je ne veux pas que ce que le jeune comprenne, c'est « Voyons, ça n'a pas d'allure ce que tu fais là, penses-y comme du monde, tu vas le regretter ». Je ne veux pas que ce soit ça que je véhicule, ça fait que souvent, je vais toujours le dire « Écoute, je te nomme des choses. Puis c'est vraiment pour t'aider à décider. Fais ce que tu veux par rapport à ça, mais il faut que tu réfléchisses ». (Chantal, travailleuse sociale)

> Très souvent, les adultes autour d'eux vont amener des éléments comme ça, comme la procréation, comme « Tu ne peux pas savoir plus tard qu'est-ce que tu veux? ». À ce

> moment-là, moi comme adulte, je vais me positionner en haut de toi pour savoir ce qui est bon pour toi. (Hugo, psychologue)

Une autre attitude recensée par les personnes questionnées est d'aborder l'option de la préservation de la fertilité dans l'optique d'éviter que les jeunes regrettent plus tard. Quelques personnes témoignent de l'expérience d'adultes trans et non-binaires de leur clientèle qui n'ont pas préservé leur fertilité et qui vivent différents degrés de regret aujourd'hui. Ces adultes ont été confrontés à des réalités personnelles qui ont joué un rôle déterminant dans leur choix de ne pas entreprendre la préservation de leur fertilité à l'époque. Les professionnel·les peuvent les aider à exprimer leurs émotions concernant cette situation et à mieux comprendre les obstacles rencontrés au cours de leur parcours, ce qui facilite le processus d'acceptation. Ainsi, cela met en lumière l'importance d'avoir ces discussions au début de la transition, mais de toutefois éviter d'exercer une pression comme quoi la préservation est préférable. Les participant·es sont soucieux·ses de cet enjeu dans le but d'éviter de générer un sentiment de culpabilité ou de doute chez les jeunes.

> J'ai aussi remarqué, moi je vois des jeunes, de 25-30 ans qui arrivent, puis qu'ils viennent travailler l'aspect infertilité. Mettons ils ont eu leurs hormones quand ils étaient jeunes, dans d'autres pays ou ici, mais qui n'ont pas eu le cheminement justement par rapport à la préservation des ovules ou des spermatozoïdes. Puis aujourd'hui, on ne travaille pas au niveau de la transidentité. On travaille le deuil à faire de « Je ne vais pas être parent biologique. Je ne vais jamais avoir un enfant ». (Adrianna, sexologue psychothérapeute)

> J'ai vu une ou deux personnes qui m'ont dit, plus âgées que 25 ans, qui m'ont dit « Ah, j'aurais peut-être aimé ça préserver plutôt, mais à ce moment-là, je ne pouvais pas. Ça coûtait trop cher, ce n'était pas ma priorité et il y avait tellement d'autres choses », ça fait que c'est ça, ce n'est juste pas la priorité. […] C'était des petits deuils, une tristesse, un petit « Bon bien coudonc, ce n'est pas arrivé ». (Rose-Eva, psychologue)

> Je dis éviter des regrets, pas le regret de la transition, aucunement, ce n'est vraiment pas ça, […] Moi, que tu en veuilles ou pas de préservation de la fertilité, c'est une décision qui appartient aux jeunes. […] C'est qu'il n'y ait pas de regret de « Heille, quand elle m'a parlé de ça, ça a tellement été rapide. J'ai dit non, puis on n'y a pas repensé, mais je ne savais pas ». (Chloé, travailleuse sociale)

> C'est qu'il y a comme un côté qu'on est beaucoup dans la peur que les jeunes fassent des erreurs. […] Faire des erreurs, c'est peut-être d'accepter qu'il a fait un choix à 16 ans de se dire, là je vais très loin, c'est touché, mais « Oui, j'ai fait une erreur, on m'a tout donné

> l'information, puis peut-être que maintenant à 25 ans, je reconnais que j'aurais peut-être voulu avoir accès à la procréation, mais qu'à ce moment-là… ». (Hugo, psychologue)

Pratique de gatekeeping

Dans ce contexte, les participant·es doivent porter attention à la pratique de *gatekeeping*, qui représente un enjeu majeur dans leurs interactions avec la clientèle. Plusieurs jeunes craignent d'être jugé·es ou restreint·es par les professionnel·les dans leur parcours de transition s'iels expriment leur désir d'avoir des enfants biologiques. Cette crainte découle de l'idée que leur accès à l'hormonothérapie pourrait être retardé ou même refusé si leur souhait d'avoir des enfants biologiques est exprimé, dans le but de préserver d'abord leur fertilité. En effet, le système est construit de manière que les professionnel·les ont effectivement un grand pouvoir décisionnel. Rose-Eva discute de sa position délicate de « gardienne du processus d'accès aux soins médicaux », y compris pour la préservation de la fertilité, qui requiert une approche empathique telle que décrite précédemment.

> Il y en a beaucoup quand même qui viennent avec une idée qu'ils font attention avec ce qu'ils vont nous dire. À quel point ils peuvent avoir peur aussi. Puis à quel point que même d'apporter le sujet, ils peuvent être inquiets à ce qu'on leur dise « Non, on n'ira pas plus loin avec la transition, parce que là tu as comme l'air d'avoir un doute à vouloir des enfants », c'est *touché* ça. (Hugo, psychologue)

> Il me vient des exemples vraiment dans le contexte d'accès à des soins médicaux où là, j'ai un rôle à jouer ou on me demande de jouer un rôle de *gatekeeping*. Là c'est sûr que je pose la question de façon bienveillante, sans induire que c'est une nécessité. (Rose-Eva, psychologue)

Suggestions amélioration de la pratique

De nombreux défis et enjeux de la pratique ont été soulevés par les personnes répondantes au cours des entrevues. Iels proposent ainsi plusieurs suggestions dans le but d'améliorer leur pratique entourant les discussions sur la préservation de la fertilité. Parmi les pistes de suggestions se retrouvent l'amélioration des connaissances, l'amélioration de la trajectoire des services pour une pratique coordonnée ainsi qu'une meilleure accessibilité aux services spécialisés.

Amélioration des connaissances

L’amélioration des connaissances est considérée comme étant primordiale et elle devrait s’effectuer à travers des formations sur le sujet. Les participant·es souhaitent que ce contenu soit intégré aux programmes plus généraux et que des liens vers les ressources pertinentes soient inclus. Certaines personnes mentionnent aussi que les informations ne devraient pas être recherchées uniquement lorsqu'elles deviennent nécessaires dans leur pratique, mais plutôt de manière proactive afin de mieux répondre aux besoins des jeunes. Lorsque le personnel manque d'informations sur la préservation de la fertilité, cela peut avoir plusieurs conséquences néfastes. Par exemple, cela peut engendrer un manque de confiance des jeunes envers leurs professionnel·les, car cette lacune peut être perçue comme un signe de désintérêt ou de négligence à leur égard. Le manque d'informations peut également affecter le processus décisionnel des jeunes et ainsi avoir des répercussions à long terme sur leur bien-être physique et mental. En plus, cela peut contribuer à renforcer les barrières d'accès aux soins de santé tel que la préservation de la fertilité.

> J’aimerais ça qu’il y ait une formation ou quelque chose, où on se met à jour, que ce soit la loi, les médecins, tout le monde pour qu’on fasse de quoi pour justement se tenir à jour des informations qui sont super importantes pour les jeunes. (Adrianna, sexologue psychothérapeute)

> C'est spécifique comme sujet. Que ça soit inclus aussi dans les formations plus générales. Qu’il y ait un volet vraiment plus fertilité, puis au moins avec un lien vers les bonnes pratiques, vers les bons liens ou les bons organismes pour avoir plus d'informations. Au moins qu'on sache où aller chercher l'information en temps voulu. (Virginie, travailleuse sociale)

> De s'informer le plus possible. Je pense que ce qui arrive souvent, c'est que « tant que je n’ai pas ça dans ma clientèle, je ne vais pas m'informer », puis là bang! Quelqu'un trans qui veut… Puis là « Ah mon Dieu, ok, puis là go ». Ou des fois c'est plate, mais il y a des clients qui font l'éducation de leur professionnel·le parce que le professionnel n'est pas assez sensibilisé. (Sarah, sexologue psychothérapeute)

En plus, le besoin d’approfondir les connaissances à l’aide de la recherche est mentionné par plusieurs. Les participant·es soulignent l'évolution récente des connaissances et appellent à une adaptation de la pratique en incluant les perspectives des personnes concernées dans l'élaboration

des standards de soins. En impliquant les jeunes au sein des recherches, cela permet de répondre de manière plus précise à leurs besoins réels en matière de fertilité, de valoriser leur expertise tout en favorisant un accès équitable aux soins pour toustes les jeunes.

> Je pense qu'on est encore à l'étape de faire des recherches, faire des recherches, faire des recherches. Il manque encore beaucoup d'informations sur tout plein d'aspects. Juste en faisant mes lectures, je voyais que le niveau de connaissance, puis la profondeur des recherches ont évolué juste dans les dix dernières années. On était capable d'aller plus précis, de plus en plus dans les thèmes. (Manon, travailleuse sociale)

> Recueillir des données le plus possible, sonder les personnes point. De qu'est-ce qu'elles ont besoin dans les soins et services? […] Puis de s'adapter à ça. D'inclure de plus en plus, quand ils ont des tables de concertation pour créer des standards de soins, d'inclure des gens qui sont issus des diversités pour avoir leur point de vue. (Sarah, sexologue psychothérapeute)

Amélioration de la trajectoire de soins à travers une pratique collaborative entre partenaires

Parmi les personnes interrogées, plusieurs souhaitent développer des partenariats avec les cliniques spécialisées. Cette approche vise à décloisonner la pratique en silo et de créer des collaborations afin de mieux orienter les jeunes vers les ressources spécialisées et les professionnel·les approprié·es en fonction de leurs besoins spécifiques. Les répondant·es souhaitent aussi faciliter l'accessibilité des soins en ayant une trajectoire claire et coordonnée des services. Cette piste de solution répond d'ailleurs aux besoins des personnes participantes quant à l'harmonisation des services et à éviter de constamment adapter leur processus de référencement en fonction des différentes régions ou des pratiques spécifiques des cliniques et des médecins spécialistes ou de famille.

> D'avoir peut-être un pairage entre des professionnel·les et des cliniques, des cliniques au public, des cliniques au privé. […] Je pense que ce pairage-là pourrait être fait pour avoir plus d'informations, puis d'attribuer cette information à un type de professionnel.·le dans le processus. (Hugo, psychologue)

> Créer des partenariats justement, si moi j'avais une personne professionnelle de la santé vers qui je pourrais référer les personnes qui sont en questionnement, ça serait vraiment malade. Moi je rêve d'une autoroute de service que « Ok, j'ai tous les noms sur une liste,

> puis *let's go* va chercher tes infos », ça vraiment, je pense que ça serait merveilleux. (Ianik, intervenant communautaire)

Quelques personnes questionnées expliquent que chaque professionnel·le impliqué·e dans la transition médicale des jeunes devrait aborder le sujet avec elleux. David explique que cela permet de réduire la marge d'erreur concernant l'omission de discussions entourant la fertilité qui peut survenir au cours de l'accompagnement à la transition. Cette pratique promeut ainsi le travail interdisciplinaire qui sous-tend la collaboration de divers domaines d'expertise dans l'atteinte d'un objectif commun qui est le bien-être des jeunes.

> Je pense que l'idéal c'est la discussion systématique par toustes les professionnel·les impliqué·es, de façon respectueuse bien sûr. Je veux dire, même si la personne dit « Je le sais », que le médecin respecte la volonté de la personne de ne plus en entendre parler, mais c'est surtout que systématiquement on soit en train d'en parler. Que ça permette à la personne de prendre une décision éclairée, que les impacts soient discutés et que tous les professionnels psychosociaux le fassent. (David, travailleur social)

Améliorer l'accessibilité des services

Enfin, des personnes répondantes insistent sur la nécessité d'avoir des services de préservation de la fertilité proches et accessibles. Les distances à parcourir et les délais d'attente sont identifiés comme des défis majeurs à l'accessibilité de ces services.

> Que ça soit proche, c'est sûr aussi pour les gens. Nous autres on est ici à Québec, mais je pense à des gens qui n'ont peut-être pas les ressources proches. C'est de dire « Ah c'est bien beau que c'est peut-être gratuit, mais il faut se rende là-bas, ça implique peut-être que je couche là-bas ». Ça fait que ça aussi, de voir si ces services-là sont assez proches. Puis les délais d'attente, « Si je veux faire ça, puis que j'ai un rendez-vous en endocrino dans trois mois, mais que ma préservation de la fertilité, ça va dans 1 an, je ne suis pas plus avancé·e ». (Chantal, travailleuse sociale)

> Que ça soit juste vraiment accessible partout. Que je pourrais, je ne sais pas moi, le CLSC à côté de chez nous, je n'ai pas à faire des kilomètres. Je pense aux gens qui viennent de super loin, vraiment accessible et que le monde n'ait pas à aller à Montréal pour aller faire ça. Que ce soit au moins dans les grosses villes, des points de service, un peu plus d'accessibilité. (Simon, intervenant communautaire)

CHAPITRE 5

Discussion

La question de recherche de ce mémoire était la suivante : « Quels sont les points de vue des professionnel·les et des intervenant·es du domaine des sciences humaines et sociales au sujet de la préservation de la fertilité auprès des jeunes trans et non-binaires âgé·es de 14 à 25 ans au Québec ? ». Ce projet s'inscrivait dans le cadre théorique de la justice reproductive qui met de l'avant l'accès équitable aux soins en matière de reproduction et les droits fondamentaux des personnes, tout en cherchant à identifier et à surmonter les barrières qui entravent l'accès équitable aux ressources reproductives (Morison, 2021 ; Riggs & Bartholomaeus, 2020). L'objectif général était de mieux comprendre leurs pratiques en regard de l'objet, notamment en documentant leurs connaissances sur le sujet, leurs stratégies d'intervention auprès des différentes personnes impliquées, ainsi que des pistes d'amélioration de l'accompagnement relatif à la préservation de la fertilité.

La discussion sera détaillée en quatre temps, d'abord les principaux résultats seront présentés et contextualisés à l'aide de résultats d'études connexes, des suggestions pour des recherches futures seront proposées, puis les forces et les limites de cette recherche seront discutées.

Défis de la préservation de la fertilité dans un cadre de justice reproductive : Entre consentement et obstacles structurels

Les professionnel·les rencontré·es adoptent une approche basée sur le consentement libre et éclairé aux soins. Cette approche s'aligne avec les principes de la justice reproductive puisqu'elle reconnaît la capacité des personnes à comprendre et à évaluer leurs options concernant leur santé (Cavanaugh et al., 2016). Tel que mentionné précédemment, elle implique plus spécifiquement d'informer les jeunes des avantages et des risques des traitements envisagés, tout en encourageant activement leur participation au processus décisionnel (Shuster, 2019). Les études suggèrent que

cette approche favorise la réduction des risques physiques et émotionnels dans le cadre de décisions médicales (Dietz & Halem, 2016; Spanos et al., 2021; Cavanaugh et al., 2016). La préservation de la fertilité n'est donc pas uniquement un moyen pour pallier l'effet non souhaité de l'hormonothérapie sur celle-ci, mais elle permet également l'engagement des jeunes dans leur propre parcours de transition en leur offrant la possibilité d'exprimer leur voix. Les résultats indiquent l'importance d'intégrer les discussions de la préservation de la fertilité lorsqu'un traitement médical susceptible d'affecter la fertilité est envisagé. Cette pratique est conforme aux recommandations de la WPATH qui préconise l'inclusion systématique de la question de la fertilité dans le cadre de la transition médicale (Coleman et al., 2022).

Ce consentement éclairé concernant la préservation de la fertilité ne peut s'actualiser sans la considération des barrières oppressives qui le façonnent. En effet, la compréhension de ces barrières en tant que déterminants structurels d'accès aux soins est importante afin de réduire les inégalités en matière de santé et de garantir l'accessibilité à des services de soins santé appropriés pour toustes (Tzenios, 2019), particulièrement pour les groupes marginalisés tels que les jeunes trans et non-binaires. Les résultats démontrent que les personnes répondantes reconnaissent la coexistence de barrières liées à la fois à l'accès aux traitements et à la préservation de la fertilité. Ainsi, les jeunes éprouvent de la difficulté à rencontrer du personnel compétent, doivent composer avec des systèmes administratifs non inclusifs et peinent à recevoir des soins adaptés, et ce, selon des délais et à une distance raisonnable de leur lieu de résidence.

À cet effet, les personnes participantes ont identifié que l'offre réduite et parfois absente de ces services en régions éloignées représente un obstacle majeur à l'accessibilité. Il est donc pertinent de se pencher sur la disparité des services sur le territoire québécois d'un point de vue de la justice reproductive, puisque la position géographique des jeunes limite physiquement leur accès aux services adaptés (Romanelli & Hudson, 2017). Plus spécifiquement, cette accessibilité repose

sur la capacité des jeunes ou de leur famille de se déplacer vers les services, ce qui peut engendrer de longs trajets et générer des coûts importants liés aux déplacements, lorsque ces services sont localisés à l'extérieur de leur région (Romanelli & Hudson, 2017). D'ailleurs, des études suggèrent que les ressources des services de santé trans en région sont insuffisantes (Knutson et al., 2016; Shute, 2018), ce qui, associé à la pénurie de personnel de la santé, impacte la disponibilité et la qualité des soins (Pullen Sansfaçon et al., 2022), principalement en ce qui concerne la dispensation de services spécialisés comme celui de la préservation de la fertilité. Ainsi, la migration vers les milieux urbains est courante parmi les communautés de la diversité sexuelle et de genre, notamment dans l'espoir de meilleures perspectives en matière de soins de santé transaffirmatifs (Romanelli & Hudson, 2017). Toutefois, habiter en en milieu urbain n'est pas nécessairement tributaire d'une meilleure qualité des services. En effet, les résultats de l'étude de Romanelli & Hudson (2017) ont démontré des variations en termes d'accès et de qualité des services de santé offerts aux personnes LGBTQIA2S+ habitant à New York, alors que les personnes trans racisées notamment, évitent de recourir aux services de santé offerts dans des quartiers plus aisés que celui où elles habitent, et ce, par crainte de discrimination. Ces résultats illustrent l'impact de l'intersectionnalité sur l'accessibilité aux soins, en mettant en évidence la création de barrières supplémentaires liées à des caractéristiques identitaires. L'accès variable des services de santé reproductive en fonction du lieu de résidence contrevient ainsi au principe fondamental de justice reproductive qui exige que toustes les individu·es aient un accès équitable aux soins, indépendamment de leur emplacement géographique (Tzenios, 2019).

Même s'ils réussissent à accéder aux soins liés à la préservation de la fertilité, les jeunes trans et non-binaires peuvent néanmoins subir certaines répercussions, notamment au niveau de la dysphorie de genre, en raison des traitements souvent intrusifs, du retardement d'autres traitements souhaités telle que l'hormonothérapie ou par des inconforts liés à l'inadaptation des milieux à leur

réalité spécifique. Ces barrières s'enracinent dans les normes médicales et sociales du cisgenrisme, qui contribuent à l'invisibilisation des réalités et besoins spécifiques des jeunes trans et non-binaires (Romanelli & Hudson, 2017; Bauer et al., 2009). Le cisgenrisme est étroitement lié à la bionormativité, car les deux concepts reposent sur des normes rigides concernant le genre, le corps et la sexualité, souvent basées sur des présomptions biologiques. En ce sens, la bionormativité stipule que les relations hétérosexuelles et la reproduction biologique représente la norme et même le modèle idéal (Clark, 2021). Les autres formes de parentalité et de reproduction, telles que l'adoption, la procréation médicalement assistée ou les familles LGBTQIA2S+, peuvent alors être dévaluées et jugées comme étant atypiques ou moins propice à l'éducation des enfants. La conjonction de ces barrières place ainsi les jeunes en position de vulnérabilité plutôt que d'autonomie.

Par ailleurs, les personnes participantes ont dénoté la présence d'un décalage significatif entre les préoccupations immédiates des jeunes et celles concernant leur futur reproductif. Cela se répercutait sur la pratique des personnes sondées alors que si certaines prenaient le temps de discuter de préservation de fertilité, malgré le désir exprimé par les jeunes d'accéder rapidement aux soins transaffirmatifs, d'autres préféraient ne pas aborder le sujet, ou trouvaient que cela était inapproprié de le faire. Plusieurs personnes répondantes ont ainsi expliqué prioriser les besoins psychosociaux des jeunes et les liens harmonieux avec la famille plutôt que la préservation de leur fertilité. Ainsi, la présence d'enjeux sur le plan de la santé mentale ou de préoccupations plus immédiates peuvent expliquer le manque d'investissement des personnes rencontrées à l'égard de ce sujet. Cela est en concordance avec ce que les jeunes trans et non-binaires elleux-mêmes ont comme priorités. Ainsi, Chiniara et ses collègues (2019) ont démontré que pour les 79 jeunes trans ayant participé à leur recherche qui portait sur l'exploration de leurs points de vue concernant la fertilité et leurs priorités de vie, leur principale priorité était d'être en bonne santé, tandis que la moins importante était d'avoir des enfants.

Ainsi, une étude provenant des États-Unis a démontré que 70% des jeunes trans et non-binaires âgé·es entre 14 et 18 ans avaient un niveau cliniquement significatif d'anxiété, 58% des symptômes dépressifs significatifs, 57% des comportements d'automutilation et 46% répondaient aux critères de dépistage de l'état de stress post-traumatique (Parodi et al., 2022). Dans une étude canadienne, 65% des jeunes trans âgées entre 14 et 18 ans avaient sérieusement considéré le suicide dans la dernière année comparativement à 13% de jeunes cisgenres du même âge (Veale et al., 2017). Les discussions entourant la préservation de la fertilité peuvent donc être reléguées au second plan considérant le contexte plus large dans lequel les jeunes évoluent et la multiplicité des besoins qui en découlent. Dans ce contexte, la justice reproductive met en lumière les barrières individuelles qui limitent l'accès aux options de préservation de la fertilité, et ce, à travers la reconnaissance des besoins en santé mentale. Il est donc important de fournir un soutien qui adresse les préoccupations immédiates des jeunes pour mieux répondre à leurs besoins futurs en matière de reproduction.

Disparité des connaissances et formation insuffisante : le poids de la responsabilité individuelle dans l'acquisition des compétences professionnelles

Des lacunes ont été observées concernant les connaissances sur le sujet par les personnes répondantes, puis des besoins en matière d'éducation et de formation ont également été notés. En effet, il est important que les professionnel·les détiennent les connaissances et les compétences nécessaires sur le sujet pour en discuter, notamment parce que les jeunes ne sont pas toujours au courant des impacts de l'hormonothérapie et de l'option de préserver leur fertilité. Les résultats démontrent que les niveaux de connaissances varient d'une personne professionnelle à l'autre. D'une part, plusieurs ont verbalisé explicitement manquer de connaissances et vouloir en apprendre davantage, et d'autre part, quelques personnes ont démontré certaines lacunes concernant le moment opportun pour aborder la question de la préservation.

En effet, les standards de soins stipulent que la préservation de la fertilité doit être abordée avant toute intervention hormonale, y compris les bloqueurs de puberté. La puberté est généralement nécessaire pour la préservation en fonction des traitements largement disponibles, mais certaines méthodes peuvent être utilisées pour préserver les tissus gonadiques (Coleman et al., 2022). L'omission de traitements possibles, dont la préservation de la fertilité avant d'amorcer tout traitement hormonal, peut entraver la prise d'une décision éclairée (von Doussa et al., 2015; Clark, 2021; Allen et al., 2024). Cela soulève la question de l'accessibilité à des soins inclusifs de qualité, car le manque de formation, et conséquemment de connaissances, peut limiter la capacité des professionnel·les à offrir le soutien nécessaire aux personnes de la diversité de genre qu'elles accompagnent (Whitman & Han, 2017). Ainsi, même si les jeunes accèdent à un service, il est possible que leurs besoins ne soient pas répondus. Cela confirme que les services peuvent être physiquement disponibles, mais fonctionnellement inaccessibles (Owens et al., 2007), ce qui contribue aux disparités en matière de santé mentale vécues par les jeunes (Whitman & Han, 2017). En effet, le sentiment de regret ou de détresse émotionnelle concernant la fertilité qui n'a pas été préservée peut être exacerbé en raison d'un manque d'informations et d'accompagnement adéquat (Vyas et al., 2021; Durcan et al., 2022; Johnson et al., 2024). Les professionnel·les des domaines psychosociaux peuvent donc contribuer aux obstacles auxquels font face les jeunes, mais également jouer un rôle dans l'amélioration de la pratique et de réduction des barrières systémiques (Cutillas-Fernández et al., 2023).

Besoin de formation spécialisée auprès des professionel·les

Des études indiquent que la première étape pour améliorer les connaissances et les pratiques consiste à recevoir une formation appropriée (Cherabie et al., 2018; Bolding et al., 2022), et ce, afin de garantir une prestation de services de qualité, ce qui constitue une responsabilité professionnelle (Allen et al., 2024).

Les données empiriques montrent que les professionnel·les en santé mentale déplorent le manque de formation sur les enjeux des personnes trans dans leur cursus universitaire (Gaspodini & Falcke, 2018; Salpietro et al., 2019; Cutillas-Fernández et al., 2023), ce qui est d'ailleurs également le cas des personnes participantes. Une étude états-unienne démontre que parmi les 67 étudiant·es en dernière année de leur formation doctorale en psychologie, 20% n'avaient jamais discuté de la transidentité ou de la non-binarité dans leurs cours, 40% n'avaient reçu de formation relative à cette clientèle lors de leurs stages et 40% ont déclaré n'avoir jamais eu à explorer leurs propres préjugés liés à la diversité de genre pendant leur parcours (Jensen, 2010). L'étude de Dergham et al. (2022) va dans le même sens et met en lumière la sous-représentation des enjeux trans dans la formation en médecine en France, alors que des sujets touchant un nombre plus marginal de personnes – par exemple, la sclérodermie ou la leucémie chronique – font pourtant partie de leur cursus universitaire. Au Québec, quelques programmes incluent les enjeux de la diversité sexuelle et de genre dans la formation de personnes professionnelles psychosociales, certaines universités offrent ces cours en option, tandis que d'autres n'offrent aucun cours sur le sujet (Réseau d'enseignement et de recherche Diversité sexuelle et pluralité des genres, s. d.). Les personnes qui souhaitent approfondir leurs connaissances en la matière doivent donc se former de manière autonome, avec des options limitées.

Les résultats ont démontré que la plupart des personnes participantes ont acquis leurs connaissances sur la préservation de la fertilité grâce à de leur formation continue. La majorité d'entre elles a reçu la formation « Vers une approche globale pour la santé et le bien-être des personnes trans, non-binaires, et créatives dans le genre » offerte par l'Institut pour la santé trans (IST). Cette prédominance pourrait s'expliquer par le fait que, bien que les organismes communautaires proposent souvent des formations, celles-ci se concentrent généralement sur les bases de l'intervention auprès de cette clientèle. Il existe peu d'offres incluant des modules

spécialisés approfondissant des enjeux spécifiques tels que la préservation de la fertilité. Ainsi, le manque de diversité des offres de formation spécialisée en santé trans au Québec soulève des enjeux. Lorsque toutes les connaissances sont transmises par une seule entité, cela peut créer une dépendance institutionnelle. Les professionnel·les et les organismes peuvent devenir tributaires de cette source unique de formation, ce qui peut poser des risques en termes de continuité, de qualité et d'innovation dans les pratiques. Cette dépendance institutionnelle pose également le risque d'invisibiliser d'autres stratégies de développement des compétences jugées comme efficaces, telles que l'accès à des services de mentorat par des expert·es, la participation à des conférences et l'apprentissage expérientiel via la simulation de contextes cliniques (Soled et al., 2022).

Les données empiriques suggèrent ainsi que la formation sur les enjeux de la diversité de genre repose largement sur des initiatives individuelles, imposant ainsi une responsabilité importante sur les personnes, qui se trouvent contraintes de se former par leurs propres moyens (Soled et al., 2022). Ainsi, pour les personnes professionnelles de l'étude de Gaspodini & Falcke (2018), l'enseignement reçu sur le sujet au cours de leurs études découlait principalement des initiatives d'étudiant·es et d'enseignant·es personnellement impliqué·es. Ultimement, cela renforce le fait que ce sont les professionnel·les intéressé·es par la pratique et qui disposent des privilèges nécessaires, que ce soit en termes de temps, de ressources financières et d'opportunités, qui accèdent aux formations. Cette situation limite considérablement le nombre de personnes adéquatement formées (Salpietro et al., 2019), ce qui constitue une barrière d'accès importante à tous les types de soins (Cutillas-Fernández et al., 2023 ; Romanelli & Hudson, 2017).

Malgré le manque de formation formelle dans les cursus universitaires, la littérature atteste que les personnes professionnelles en santé mentale se considèrent compétentes pour accompagner les personnes de la diversité de genre (Johnson & Federman, 2014; Cutillas-Fernández et al., 2023). Ainsi, parmi les professionnel·les de l'étude de Whitman & Han (2017), 79,3% des personnes se

sont déclarées modérément compétentes pour évaluer les besoins en santé mentale des personnes trans et non-binaires, bien que seulement 5,7% avaient déclaré avoir reçu une formation ou une supervision clinique spécifiques aux personnes trans et non-binaires et que 20,8% avaient assisté à une conférence sur le sujet (Whitman & Han, 2017). Le fait qu'une majorité se juge suffisamment compétente sans une formation adéquate peut soulever des questionnements concernant l'auto-évaluation des compétences. D'une part, cette auto-évaluation peut être insuffisante pour garantir que les besoins des personnes trans et non-binaires sont correctement compris et adressés. D'autre part, sans une formation spécialisée, le risque de biais et de discrimination élevé ce qui peut porter préjudice aux personnes trans et non-binaires dans l'accès équitable aux soins (Soled et al., 2022; Bauer et al., 2009).

Compétences pratiques et relationnelles en faveur de l'autonomie décisionnelle des jeunes

Le volet subséquent des résultats concernait la mise en application des connaissances détenues par les personnes participantes à travers leurs compétences pratiques et relationnelles. Elles ont ainsi décrit leur processus pour aborder les discussions sur la fertilité auprès des jeunes et l'importance accordée à leur autonomie décisionnelle, les craintes et les idées préconçues des parents impactant la trajectoire de fertilité des jeunes, ainsi que la reconnaissance du rôle oppressif de leur posture.

Accompagnement des jeunes à travers l'exploration de leurs valeurs

Les personnes interrogées ont expliqué mener les discussions concernant la fertilité selon l'angle de l'exploration authentique des valeurs et désirs des jeunes concernant leurs aspirations futures. Cette approche leur permet d'aborder en douceur le sujet de la fertilité, considérant les malaises qui peuvent en découler. Cela favorise également le dialogue, lequel implique pleinement les jeunes, plutôt que de les reléguer à une posture d'écoute passive. Une fois la discussion engagée, les professionnel·les sont alors en mesure d'aborder plus naturellement les éléments essentiels pour

une prise de décision éclairée, tels que les impacts de l'hormonothérapie, les diverses options possibles vers la parentalité, l'importance de la contraception, de fournir des références vers les services spécialisés en fertilité, puis d'impliquer les parents à travers le processus décisionnel (Coleman et al., 2022). Par conséquent, cette approche intégrative permet de rencontrer les exigences des standards de soins tout en adressant les besoins des jeunes. Cela est congruent avec le rôle de la personne professionnelle qui est d'offrir du soutien, des conseils et des informations au sein d'un espace de non-jugement. Ainsi, cela permet aux jeunes et à leur famille d'explorer leurs préoccupations, d'évaluer les risques et les avantages des traitements liés à la transition médicale et de prendre une décision qui reflète leurs désirs, leurs valeurs et leurs priorités (Allen et al., 2024).

En ce sens, les participant·es ont discuté de l'importance du savoir-être dans ces discussions et son impact positif dans la création du lien thérapeutique. Par analogie, bien que ces discussions ne relèvent pas d'un contexte de suivi en santé mentale, il est possible d'observer certaines dynamiques relationnelles pertinentes aux discussions sur la préservation de la fertilité dans le cadre d'un suivi thérapeutique. Par exemple, l'étude de Stige et al. (2021) met de l'avant la primauté de l'engagement démontré par la personne professionnelle et sa volonté sincère de s'investir dans la relation avec les adolescent·es dans un contexte de suivi psychothérapeutique en santé mentale. La transparence mise de l'avant au sein d'une communication ouverte et honnête favorise également la confiance des jeunes envers les professionnel·les, tandis que la chaleur véhiculée par leur empathie contribue à créer un environnement accueillant et sécurisant pour ces jeunes (Stige et al. 2021). De plus, la méta-analyse qualitative menée par Roberts et al. (2022) souligne le rôle essentiel du sentiment d'autonomie chez les adolescent·es au regard de leur engagement à un suivi en santé mentale. L'autonomie des jeunes se manifeste par leur capacité à prendre des décisions de manière indépendante tout au long du processus d'accompagnement, qu'elles soient reliées aux

modalités du suivi ou du contenu abordé. Ce concept d'autonomie, bien qu'exploré dans un cadre psychothérapeutique, peut également être pertinent dans le contexte de la préservation de la fertilité, où il est crucial que les jeunes se sentent capables de prendre des décisions éclairées et autonomes concernant leur parcours médical. Lorsque les jeunes se sentent autonomes, iels sont plus susceptibles de s'impliquer activement dans leur expérience de soins, notamment par l'expression de leurs besoins, leurs valeurs et leurs préoccupations. Cela favorise également l'appropriation de leur propre parcours, ce qui peut améliorer leur satisfaction à l'égard de celui-ci (Robert et al., 2022).

Immixtion des parents : réponse à leurs préoccupations à travers un dialogue ouvert

Les personnes professionnelles ont également discuté du type de soutien offert aux parents pour mieux accompagner leur enfant. Les résultats démontrent que les parents peuvent faciliter ou entraver le cheminement des jeunes en ce qui concerne leur fertilité. D'une part, des parents accompagnés par les professionnel·les interrogé·es peuvent désirer être grands-parents biologiques à travers la parentalité future de leur enfant, et certains sont même plus enclins à accepter des traitements liés à la transition médicale si la fertilité est préservée. D'autre part, les parents ont des préoccupations, notamment la crainte que leur enfant regrette sa décision ou soit trop jeune pour prendre une telle décision concernant son futur.

Selon les professionnel·les interrogé·es, ce lien biologique semble revêtir une importance particulière pour certains parents, reflétant la persistance du discours familial centré sur les liens génétiques, profondément ancré dans la culture contemporaine (Hudson, 2020; Nordqvist, 2017). Ce désir de parentalité biologique peut s'expliquer par plusieurs facteurs. Par exemple, que d'avoir des enfants biologiques représente une « extension de soi » et une continuité tangible de l'identité des parents (Simana, 2018), que la parentalité génétique peut jouer un rôle dans la construction de l'identité de l'enfant et apporter une certitude quant à son patrimoine génétique (Ravitsky, 2010),

ou encore qu'elle permet l'affirmation des droits moraux et légaux des parents sur l'enfant (Simana & Ravitsky, 2022; Cutas & Smajdor, 2024). Cependant, ce discours bionormatif limite les options de parentalité disponibles pour les jeunes trans et non-binaires, en mettant l'accent sur les liens génétiques (Clark, 2021). Pour ces jeunes, emprunter la voie de la parentalité biologique peut représenter un processus complexe en raison des traitements d'affirmation de genre effectués ayant un impact sur leur fertilité (Coleman et al., 2022; Brouillet et al., 2022), la présence d'enjeux reliés à la préservation de celle-ci (Krebs et al., 2022; Buckloh et al., 2022; Rodrigez-Wallberg et al., 2022; Brik et al., 2019) et d'inégalités systémiques présentes dans les services de soins (Chen et al., 2019b; Lai et al., 2021; Riggs & Bartholomaeus, 2020). De plus, cette perspective tend à ignorer et invisibiliser les autres formes de parentalité non biologique, telle que l'adoption (Clark, 2021).

Ensuite, lorsque les parents insistent sur le risque de regret de la fertilité auprès de leur enfant, cela est associé à des expériences négatives pour les jeunes et peut constituer une entrave à leur autonomie décisionnelle sur leur propre corps (Clark, 2021). À cet effet, dans le champ de la santé sexuelle, des études se sont penchées sur la manière dont les parents s'immiscent dans les décisions concernant la contraception de leurs enfants et comment leurs propres valeurs peuvent influencer le processus décisionnel (Hurst et al., 2022; Whitfield et al., 2023). Par exemple, la méta-analyse de Widman et al. (2016), portant sur la communication sur la sexualité entre les parents et leurs adolescent·es et les comportements sexuels de celleux-ci, a montré que l'association entre la communication des parents et l'utilisation de moyens de contraception était plus forte auprès des filles que pour les garçons. Ainsi, les parents communiquaient plus fréquemment avec leurs filles et étaient plus susceptibles d'insister sur les conséquences négatives de l'activité sexuelle auprès d'elles qu'auprès des garçons (Widman et al., 2014; Kapungu et al., 2010; Hutchinson & Montgomery, 2007). Ces données démontrent ainsi l'impact de l'implication

des parents qui peut à la fois représenter une barrière dans l'éducation sexuelle des garçons, mais également en générer une pression supplémentaire auprès des jeunes filles face aux risques d'être actives sexuellement. En ce sens, l'étude de Whitfield et al. (2023) a interrogé 28 adolescentes âgées entre 15 et 17 ans sur leurs expériences d'accès à la contraception au Texas aux États-Unis. Les résultats ont démontré que plusieurs d'entre elles ont qualifié d'expériences négatives les discussions sur la contraception avec leurs parents, marquées par des accusations et des jugements moraux, créant un climat de méfiance et de honte (Whitfield et al., 2023). En plus, l'étude de Hurst et al., (2022) mentionne que certain·es jeunes peuvent manquer de soutien à leur autonomie lorsqu'il est attendu qu'iels se conforment aux valeurs de leurs parents entourant l'enjeu de la contraception. Des travaux sur l'autonomie décisionnelle des jeunes cisgenres dans le cadre de soins de santé révèlent d'ailleurs que lorsque cette autonomie est entravée par les parents, cela peut induire auprès des jeunes des attitudes négatives, un détachement envers leurs parents, de l'apathie et même une capacité de décisionnelle peu développée (Mann et al., 1989; Jeremic Stojkovic et al., 2022). À l'inverse, la promotion de leur autonomie favorise le développement de leurs compétences décisionnelles (Hartman, 2002), ce qui est essentiel pour garantir leurs droits reproductifs.

Les personnes répondantes insistent donc sur l'importance d'un dialogue ouvert dans lequel chaque individu·e peut exprimer ses besoins et ses craintes afin de trouver un compromis. L'implication des professionnel·les peut ainsi faciliter la résolution des désaccords dans les discussions délicates sur la fertilité en jouant un rôle modérateur. Cette approche est congruente avec les données empiriques qui suggèrent que le rôle des professionnel·les consiste à faciliter la collaboration des parents au processus décisionnel (Allen et al., 2024 ; Coleman et al., 2022). Des études de cas se sont également penchées sur les considérations éthiques concernant la gestion du désaccord parent-enfant à propos de la préservation de la fertilité auprès de mineur·es. Les données

indiquent que le choix revient ultimement aux jeunes qui détiennent la capacité d'assentir ou de consentir aux traitements (Chen & Simons, 2018; Hudson et al., 2018; Quinn et al., 2018). Ainsi, bien que les parents puissent parfois représenter un obstacle d'accès à d'autres formes de parentalité en accordant une valeur importante à la fertilité de leur enfant, l'approche préconisée par les personnes interrogées, corroborée par les données empiriques (Allen et al., 2024 ; Coleman et al., 2022), démontre leur capacité à résoudre les désaccords de manière constructive. Elle indique également que ceux-ci ne conduisent pas nécessairement à des conflits majeurs susceptibles de compromettre durablement la relation entre les jeunes et leurs parents, crainte parfois invoquée pour retarder les traitements liés à la transition (Quinn et al., 2018 ; Allen et al., 2024).

Déconstruction des rapports de pouvoir : réflexivité et lutte contre les systèmes oppressifs

Les résultats mettent en évidence que certaines personnes participantes ont pris conscience du caractère oppressif de leur posture, notamment à travers le risque de *gatekeeping* quant à l'accessibilité des traitements hormonaux ou de la préservation de la fertilité. Comme l'a souligné une participante, le système de santé et les recommandations de la WPATH confèrent un pouvoir décisionnel significatif aux professionnel·les concernant l'accès aux soins médicaux pour les personnes de la diversité de genre. Cette situation crée une tension entre, d'une part, la nécessité de respecter les standards de soins qui prônent une évaluation rigoureuse pour minimiser les risques de regret (Coleman et al., 2022) et, d'autre part, le besoin urgent des jeunes trans et non-binaires d'accéder rapidement à ces traitements. Cette tension est d'ailleurs documentée par Allen et al. (2024), qui mentionnent que les professionnel·les en santé mentale se trouvent souvent tiraillé·es entre le respect de l'autonomie des jeunes, qui est un principe fondamental de la justice reproductive, et l'obligation éthique de non-malfaisance, visant à éviter tout préjudice potentiel. Face à la pression de la part des jeunes d'accéder aux traitements, les professionnel·les de domaines psychosociaux et médicaux ayant participé aux *focus groups* menés par Vrouenraets et al. (2022),

estiment qu'il est parfois nécessaire de ralentir le processus afin de s'assurer que chaque étape soit bien réfléchie et considérée. Cette pression d'accéder rapidement aux traitements peut également être exacerbée dans des contextes où le soutien institutionnel pour des soins transaffirmatifs est limité et où le climat politique met l'accent sur les risques de détransition et de regret comme justification pour restreindre l'accès aux soins d'affirmation de genre (Mosier-Mills et al., 2024; MacKinnon et al., 2021; Slothouber, 2020). Cette situation reflète une dynamique complexe dans laquelle les professionnel·les doivent naviguer entre les recommandations des standards de soins, les réalités institutionnelles, et les besoins pressants des jeunes, tout en étant conscient·es des implications éthiques de leurs décisions.

Ces préoccupations concernant les risques des traitements hormonaux sont d'autant plus présentes lorsqu'il est question de jeunes mineur·es. En ce sens, certaines personnes participantes étaient soucieuses d'éviter d'imposer leur perspective d'adultes sur les jeunes à travers leur posture d'autorité. Cet enjeu peut ainsi s'illustrer à travers le système d'oppression de l'adultisme qui postule que les jeunes sont des êtres vulnérables, immatures et dépendants qui ont besoin de la protection des adultes (Alvarez-Lizotte & Caron, 2022). L'adultisme s'articule autour de l'idée que les adultes sont supérieur·es aux enfants et que seul ce groupe dominant détient les compétences nécessaires pour jouer un rôle décisionnel au sein de la société (Bettencourt, 2020; Faisca, 2021). Ce système a donc le potentiel de restreindre directement les droits reproductifs des jeunes. En effet, l'idée selon laquelle il y a une prise de contrôle sur la vie des jeunes pour « le meilleur intérêt de l'enfant » (Shier et al., 2014) renforce leur posture de vulnérabilité et leur besoin de protection perçu par les adultes. Cependant, cette approche peut nuire de manière significative à leur autonomie et à leur droit de décider de leur propre corps, particulièrement en matière de choix reproductifs. Comme le soulignent plusieurs travaux, les jeunes trans sont particulièrement désavantagé·es, notamment par rapport aux adultes trans, dans leur capacité à revendiquer

collectivement leurs droits en matière de soins de santé, particulièrement lorsqu'iels se retrouvent déjà accaparé·es par d'autres enjeux aux niveaux de la famille ou de l'école (Amery, 2023; Hawkesworth, 2023; Horton et al., 2024), ce qui amplifie les inégalités déjà existantes dans l'accès aux soins. En ce sens, reconnaître et combattre l'adultisme devient une condition essentielle pour promouvoir la justice reproductive, en assurant que les jeunes puissent accéder aux soins nécessaires sans être limités par des dynamiques de pouvoir oppressives qui entravent leur capacité décisionnelle.

Les professionnel·les ont également témoigné de l'importance de maintenir une réflexion critique quant à leur pratique afin d'éviter de reproduire des injustices reproductives à travers leur posture d'adulte et de potentiel·les *gatekeepers* de soins. Selon le modèle de la réflexion critique de Fook et Gardner (2007), cette réflexivité peut se définir comme étant un processus individuel qui implique de réfléchir aux actions posées dans sa pratique par la remise en question de ses idées préconçues et de ses automatismes afin de perturber ses schémas habituels. Ce processus met l'accent sur le développement d'un regard porté sur soi tout en ayant une vision globale de la pratique. La réflexivité implique également de réfléchir sur l'alignement entre les valeurs personnelles et les composantes spécifiques de la pratique professionnelle, puis de mettre en place des stratégies d'adaptation afin de mieux les harmoniser (Chouinard & Caron, 2015). D'ailleurs, l'étude de Whitman & Han (2017) a démontré que les professionnel·les les plus compétent·es auprès des personnes trans et non-binaires faisaient preuve d'une plus grande introspection, de conscience de soi et de compréhension de leurs propres préjugés. Cette capacité réflexive est atout considérable dans l'intégration optimale des discussions sur la santé reproductive qui respecte l'autonomie des jeunes et qui tient compte du contexte socio-médical plus large dans lequel ces discussions s'inscrivent.

Vers une approche intégrée des soins reproductifs pour les jeunes trans et non-binaires

Les personnes participantes étaient unanimes quant à la nécessité d'une trajectoire claire afin d'améliorer l'accessibilité des services en lien avec la préservation de la fertilité. Les résultats mettent de l'avant deux aspects essentiels à considérer dans l'optimisation des pratiques : l'intégration d'une pratique interdisciplinaire entre les différentes professions et domaines d'expertise, puis l'importance de la collaboration interdépartementale entre les soins et services relatifs à la préservation de la fertilité et ceux en matière de procréation assistée dans le but de favoriser l'accessibilité aux options reproductives.

Arrimage des services médicaux et en santé mentale : vers une collaboration interdisciplinaire

Les professionnel·les ont discuté de leur rôle d'accompagnement en vue des rendez-vous médicaux pour l'hormonothérapie. Plusieurs ont mentionné l'importance de cette préparation, car certain·es jeunes ressentent une urgence à obtenir rapidement leurs hormones, ce qui peut affecter la communication et le partage complet d'informations lors de consultations souvent courtes et potentiellement stressantes pour elleux. Ce constat met en évidence à la fois l'anticipation des défis auxquels les jeunes pourraient faire face dans ce contexte médical, mais aussi l'isolement professionnel où chaque personne travaille sans bien connaître les pratiques des autres, ce qui incite à la prise de précautions supplémentaires. Par conséquent, l'absence de collaboration et de communication entre les différent·es professionnel·les impliqué·es auprès des jeunes constitue une barrière systémique importante quant à l'accès aux services appropriés, pouvant entrainer des objectifs de soins flous et une discontinuité des services (Romanelli & Hudson, 2017).

Les résultats ont également démontré que la plupart des personnes participantes rencontraient d'abord les jeunes avant de les orienter vers le milieu médical. Cependant, dans une clinique spécialisée pour les jeunes de la diversité de genre, un processus de référencement différent a été observé. Dans cette équipe multidisciplinaire, les médecins voyaient d'abord les

jeunes, puis les orientaient vers les personnes professionnelles psychosociales dans le cas de besoins liés à des enjeux familiaux ou de santé mentale. Ce processus fait écho aux données de l'étude de Spanos et al. (2021) qui ont démontré la réduction significative des délais d'accès aux traitements hormonaux entre le premier rendez-vous et le début des traitements, soit d'un délai d'attente de 70% moins long ou 0,9 mois, lorsque le consentement aux soins était uniquement mené par les médecins généralistes ou spécialisé·es, et ce, sans l'évaluation psychosociale recommandant les traitements. Parmi les 309 personnes qui consultaient pour la première fois la clinique spécialisée en santé trans de l'étude, 92% avaient la capacité de consentir aux traitements. Une référence en santé mentale était ensuite effectuée dans le cas de besoins à cet effet (Spanos et al., 2021). Il est pertinent d'examiner ce modèle d'arrimage de services entre le milieu médical et de domaines liés à la santé mentale qui réduit considérablement les délais d'accès, puisqu'il peut avoir des impacts sur la pratique des professionnel·les de domaines psychosociaux au sujet de la préservation de la fertilité. D'une part, ce modèle implique que ces professionnel·les doivent détenir les connaissances nécessaires afin d'approfondir l'enjeu de la fertilité et les valeurs qui les sous-tendent dans le cas de référence par les médecins à cet effet. D'autre part, bien que la réduction des délais d'accès aux hormones soit favorable, il est essentiel que les cliniques spécialisées puissent également offrir un accès rapide et adéquat aux services de préservation de la fertilité considérant l'optique de la justice reproductive. Des études sur la préservation de la fertilité chez les jeunes atteint·es de cancer soulignent l'importance de consultations rapides au sujet de la préservation de la fertilité au regard de l'urgence de débuter les traitements contre la maladie (Lambertini et al., 2016). Ainsi, une référence rapide pour ces services est importante afin que les délais n'influencent pas négativement la décision d'effectuer la préservation de la fertilité (Mahey et al., 2020; Dorfman et al., 2021). Par ailleurs, les barrières supplémentaires rencontrées par les personnes ayant des ovules, liées à la complexité des procédures médicales, au temps nécessaire

pour la stimulation ovarienne et le prélèvement des gamètes, démontrent la nécessité d'une collaboration étroite entre les différent·es professionnel·les pour prévenir les délais dans le processus de référencement (Mahey et al., 2020). Ce parallèle avec les jeunes atteint·es de cancer illustre l'importance d'une coordination efficace entre les différentes structures de soins, que ce soit entre les services médicaux, psychosociaux ou ceux spécialisés en fertilité.

Trajectoire de soins reproductifs : accessibilité à la procréation médicalement assistée

Afin d'élargir la réflexion sur les parcours de procréation dans leur ensemble, il est également pertinent de se pencher sur le champ de la procréation médicalement assistée (PMA) qui peut suivre celui de la préservation de la fertilité lorsqu'une parentalité biologique est envisagée.

Les jeunes qui ont préservé leurs gamètes, et celleux qui ne l'ont pas fait et qui veulent recourir aux techniques de PMA pour un projet familial, peuvent rencontrer des obstacles liés à l'accessibilité des options reproductives. En effet, les personnes de la diversité sexuelle et de genre dépendent souvent des services liés à la procréation assistée pour avoir des enfants génétiquement apparenté·es, car des ressources technologiques et du matériel reproductif externe aux personnes impliquées dans le projet familial sont souvent nécessaires (Marvel et al., 2017). C'est donc dans ce contexte que les personnes peuvent décider de recourir aux services des cliniques de fertilité spécialisée. Une étude canadienne menée auprès d'adultes trans ayant eu recours à des services de PMA démontre que la plupart de ces personnes ont décrit négativement leur expérience (James-Abra et al., 2015). L'étude recense des problèmes liés à la documentation des cliniques qui ne reconnaît pas la diversité de genre et les configurations familiales qui sortent des cadres normatifs, générant des situations de mégenrage. En plus, des hypothèses cisnormatives et hétéronormatives des professionnel·les ont alimenté leur incapacité à reconnaître les identités trans des personnes participantes, contribuant à une compréhension erronée de leur identité de genre et, par conséquent, de leurs options limitées en matière de procréation. De plus, certaines personnes se sont vu refuser

des services normalement offerts par les cliniques lorsqu'elles s'affichaient trans, suggérant un accès différencié aux services sur la base de l'identité de genre (James-Abra et al., 2015).

Au Canada, la réglementation et le financement de la procréation assistée relèvent des gouvernements provinciaux (Guichon et al., 2013; Tam, 2021). Un nouveau programme a été mis en vigueur depuis le 15 novembre 2021 en raison de la forte demande pour des services de PMA, dont plusieurs n'étaient plus couverts depuis 2015 (Gouvernement du Québec, 2024). Avant cette réforme, les frais associés à la préservation constituaient un obstacle financier majeur, particulièrement pour les jeunes. Cette évolution s'inscrit dans un contexte théorique plus large où l'accès aux soins de santé reproductive est reconnu comme un droit fondamental et pour lequel des politiques nationales sont mises en place. Aujourd'hui, outre la préservation de la fertilité, les services présentement assurés comprennent l'insémination artificielle et la fécondation in vitro (FIV) (Gouvernement du Québec, 2024). Toutefois, plusieurs professionnel·les rencontré·es ont mentionné leurs préoccupations quant à l'accès réel des services à l'aide de ces programmes, autant pour la préservation de la fertilité que pour la procréation assistée. Une réflexion importante se pose sur la capacité du gouvernement à faire connaître les services offerts et sur la capacité de ces cliniques à les fournir conformément aux politiques établies. À cet effet, l'étude suédoise de Erbenius & Gunnarsson Payne (2018) a abordé les impacts de la réforme légale de 2013 accordant le droit aux personnes trans d'accéder à la préservation de leur fertilité avant de poursuivre leur transition. Cela a augmenté de manière significative le nombre de personnes souhaitant recourir à des services spécialisés de fertilité. Cette augmentation s'est toutefois produite sans un accroissement des ressources financières gouvernementales et de la capacité d'accueil des infrastructures de ces cliniques, posant ainsi un problème majeur en termes d'accessibilité réelle par rapport à l'accessibilité annoncée (Erbenius & Gunnarsson Payne, 2018). À cet effet, l'étude qualitative de Ingraham & Rodriguez (2022) s'est penchée sur l'intégration des soins en santé trans

au sein de cliniques spécialisées en planification familiale. Ces cliniques fournissaient des services de santé sexuelle et reproductive, tout en faisant la prestation de soins liés à la transition pour les personnes trans et non-binaires. En plus des principaux obstacles systémiques, la gestion de l'achalandage grandissant de la clientèle trans a été identifié comme un défi important pour ces cliniques. La plupart ont prolongé la durée habituelle des rencontres pour l'initiation de l'hormonothérapie, celles-ci étant souvent plus longues en raison du processus de consentement éclairé et de la nécessité d'adresser les différentes préoccupations de la clientèle. D'autres stratégies ont également été implémentées par les cliniques, soit de dédier des journées spécifiques pour cette clientèle et d'intégrer des consultations liées au traitement hormonal dans les visites standard de soins de santé sexuelle et reproductive (Ingraham & Rodriguez, 2022). Ces stratégies présentes dans la prestation de soins d'affirmation de genre illustrent la capacité des cliniques à s'adapter aux besoins croissants de cette clientèle. Ces ajustements, conçus pour réduire les barrières d'accès aux soins, ont le potentiel d'améliorer l'expérience des personnes de la diversité de genre, qui continuent de faire face à une discrimination systémique significative.

Forces et limites

Ce mémoire présente certaines limites inhérentes au processus de recherche, notamment en ce qui a trait au recrutement des participant·es. Le recours à un échantillon de convenance, basé sur la disponibilité des personnes et la facilité d'accès à ces dernières, peut générer des biais potentiels. Effectivement, l'utilisation quasi exclusive de groupes virtuels sur Facebook occulte les perspectives des personnes professionnelles ayant une expertise pertinente sur l'objet de la recherche, mais qui ne sont pas dans ces groupes ou qui sont peu actives ou à jour à l'égard de ceux-ci. Conséquemment, cela peut introduire un biais de sélection. L'étude a été confrontée à une importante variabilité dans les connaissances et les compétences pratiques des participant·es en raison de leurs niveaux d'expérience variés, ce qui a pu affecter la qualité et la cohérence des

données. Par exemple, les participant·es plus expérimenté·es ont pu offrir des analyses plus nuancées, tandis que celleux moins expérimenté·es ont pu fournir des réponses moins approfondies. Cette disparité a entraîné des divergences dans les perspectives, complexifiant ainsi l'analyse des données et rendant la comparaison des résultats plus difficile, ce qui peut avoir un impact sur la validité interne de l'étude. Quant à la saturation des données, bien que celle-ci ait été largement atteinte après la quinzième entrevue, il est important de souligner que certaines thématiques ont continué d'évoluer dans les dernières entrevues, suggérant que la saturation n'a pas été totalement absolue. De plus, le nombre de seize participant·es, bien qu'adéquat pour une analyse approfondie des pratiques professionnelles, demeure limité pour prétendre à une transférabilité des résultats. Enfin, les perspectives recueillies sont ancrées dans le contexte québécois, caractérisé par une grande diversité des pratiques et des conditions d'exercice des professionnel·les. Cette diversité rend difficile toute comparaison directe avec d'autres contextes culturels ou géographiques. Ainsi, les résultats de cette recherche doivent être interprétés avec prudence, en tenant compte des spécificités du cadre dans lequel ils ont été obtenus.

Malgré ces limites, il est possible de mettre de l'avant plusieurs forces de ce mémoire. La principale force réside dans l'avancement des connaissances sur la pratique des professionnel·les de domaines psychosociaux en matière de discussions sur la préservation de la fertilité auprès des jeunes trans et non-binaires dans un contexte québécois. En explorant leurs points de vue, ce projet de recherche a permis de fournir un regard direct sur la pratique des professionnel·les, essentielle pour développer une meilleure compréhension des nuances et spécificité de la pratique sur l'enjeu de la fertilité. De plus, les recommandations proposées offrent des pistes concrètes pour l'avancement des approches efficaces et l'identification des lacunes dans la pratique entourant la préservation de la fertilité de ces jeunes visant une meilleure accessibilité et qualité des soins.

Implications pour la pratique psychoéducative

Les implications pour la pratique psychoéducative se déclinent tant dans l'accompagnement des jeunes trans et non-binaires en matière de préservation de la fertilité que dans la défense de leurs droits et intérêts à travers des changements systémiques.

En premier lieu, les personnes psychoéducatrices disposant d'une formation appropriée sont habilitées à rédiger des lettres de recommandation pour l'hormonothérapie et, de ce fait, peuvent aborder la question de la fertilité avec les jeunes. Toutefois, les données révèlent qu'en raison du nombre limité de professionnel·les ayant une formation adéquate, il y a un besoin croissant de personnes offrant de la supervision clinique spécialisée, capables de comprendre les défis individuels et systémiques auxquels sont confrontées les personnes trans (Salpietro et al., 2019 ; Cutillas-Fernández et al., 2023). Dans ce contexte, les psychoéducateur·rices, qui assument souvent un rôle-conseil dans leurs fonctions, sont particulièrement bien placé·es pour remplir ce mandat.

En plus, il convient d'envisager les retombées de ce projet sur la pratique psychoéducative au-delà de la préservation de la fertilité, puisqu'il s'inscrit dans une perspective plus globale comprenant une multitude d'enjeux nécessitant une analyse approfondie. En effet, les personnes psychoéducatrices, en tant que professionnelles dotées d'une capacité d'analyse et de réflexion critique, sont particulièrement aptes à identifier les systèmes d'oppression et à en saisir les impacts sur les groupes marginalisés ainsi que sur ceux qui en bénéficient (Courcy et al., 2024). De ce fait, elles peuvent jouer un rôle actif dans la défense des droits des jeunes trans et non-binaires et de leur famille (Ouellet et al., 2024), rôle qui s'exprime notamment à travers la pratique de l'advocacie sociale. Dans le domaine de l'intervention, l'advocacie sociale se rapporte à l'ensemble des actions destinées à modifier les conditions sociales et les décisions politiques qui perpétuent les oppressions, afin de réduire les obstacles à l'accès aux ressources pour les populations dans le

besoin (Courcy et al., 2024). À cet effet, Courcy et al. (2024) offrent des recommandations quant à la manière de pratiquer l'advocacie sociale, notamment en milieu scolaire. Par exemple, à travers la création d'espaces sécuritaires et inclusifs pour les jeunes, la maîtrise du fonctionnement et de l'application des politiques des centres de services scolaires, le soutien aux comités LGBTQIA+ ou encore à travers la promotion d'événements de sensibilisation. Ces exemples s'avèrent particulièrement pertinents dans le contexte québécois, considérant que la majorité des personnes psychoéducatrices exercent dans les écoles primaires et secondaires (Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec, s. d.).

En somme, il apparaît ainsi indispensable que les psychoéducateurs·rices s'engagent de manière proactive pour réduire les inégalités et promouvoir des changements systémiques concrets, tant dans l'accompagnement individuel, l'organisation des services et l'avancement des politiques en place. En adoptant une posture engagée, iels contribueront à renforcer l'impact et la pertinence de la pratique psychoéducative dans l'avancement d'une société plus inclusive, respectueuse et bienveillante envers les jeunes trans et non-binaires.

Conclusion

Ce mémoire a exploré les points de vue de personnes intervenantes et professionnelles psychosociales au sujet des discussions entourant la préservation de la fertilité auprès des jeunes trans et non-binaires au Québec. Les résultats mettent en évidence la compréhension des professionnel·les quant aux barrières individuelles, professionnelles et systémiques qui limitent l'accès à la préservation de la fertilité. Leurs pratiques auprès des jeunes, des parents et du personnel médical tentent d'en atténuer les impacts oppressifs et de s'améliorer à l'aide d'une collaboration interprofessionnelle et à travers leur formation continue.

D'abord, les stratégies d'accompagnement mises de l'avant par cette recherche soulignent l'importance de l'écoute, de l'empathie et du respect de l'autonomie des jeunes. Ces approches peuvent inspirer les professionnel·les à enrichir leur pratique quotidienne, tout en tenant compte du contexte médicosociopolitique complexe dans lequel évoluent les jeunes. Il serait pertinent que des recherches futures se penchent plus spécifiquement sur les stratégies de communication des professionnel·les de la santé lors des discussions sur la préservation de la fertilité, notamment afin de concilier les besoins psychosociaux immédiats et la planification à long terme de l'avenir des jeunes.

En plus, malgré les savoirs et le savoir-faire démontré par les personnes répondantes, ce mémoire met en évidence des lacunes dans les formations initiales des professionnel·les concernant les enjeux de la diversité de genre et le manque d'offre de formation spécialisées. Il est donc important de promouvoir la formation continue comme levier de développement des compétences nécessaires à la prestation de soins adaptés et respectueux. Cela contribuerait également à accroître la confiance des professionnel·les dans leur accompagnement. Il serait intéressant de sonder les professionnel·les sur les méthodes de formation les plus adaptées à leurs besoins, en tenant compte des réalités de leur pratique.

Les résultats ont également mis en évidence les défis mais également la nécessité de la collaboration interprofessionnelle. Les collaborations entre les partenaires clés et l'organisation du travail sont souvent le fruit d'initiatives individuelles. Ces collaborations permettent de partager les connaissances, de coordonner les soins et d'offrir une prise en charge globale. Des recherches futures pourraient se concentrer sur la mise en place de mécanismes structurants pour faciliter cette collaboration et alléger la charge des responsabilités individuelles. Il serait aussi pertinent d'étudier en profondeur les rôles spécifiques de chaque professionnel·le impliqué·e dans l'accompagnement des jeunes, afin d'optimiser ces rôles afin d'offrir des services de qualité.

Enfin, les résultats soulignent l'importance d'une cohérence entre les politiques en place et les pratiques cliniques, en favorisant une organisation claire des services pour faciliter leur accès. La politique de gratuité de la préservation de la fertilité au Québec constitue un progrès significatif par rapport à d'autres régions, et peut servir de tremplin pour l'amélioration des pratiques et des connaissances pour un accompagnement de qualité. Les recherches futures pourraient aborder l'identification de stratégies efficaces d'harmonisation de politiques publiques et des pratiques cliniques, assurant ainsi une cohérence dans l'offre et l'accès aux soins médicaux pour les jeunes trans et non-binaires.

Pour conclure, la parentalité biologique via la préservation de la fertilité est l'une des nombreuses configurations possibles pour fonder une famille. Il est essentiel de soutenir l'autonomie décisionnelle quant à la santé reproductive des jeunes trans et non-binaires en veillant à éliminer les obstacles qui limitent leur accès aux options qu'iels souhaitent emprunter vers la parentalité. Ayant moi-même été adoptée, je suis particulièrement sensible à la diversité des parcours familiaux et à l'importance de permettre à chacun·e de bâtir une famille en concordance avec ses valeurs et ses aspirations, libre des contraintes générées par le narratif dominant de ce qu'est une famille.

Références

Abreu, R. L., Rosenkrantz, D. E., Ryser-Oatman, J. T., Rostosky, S. S., & Riggle, E. D. (2019). Parental reactions to transgender and gender diverse children: A literature review. *Journal of GLBT Family Studies, 15*(5), 461-485. https://doi.org/10.1080/1550428X.2019.1656132

Ajeto, D. M. (2009). *A soul has no gender: Love and acceptance through the eyes of a mother of sexual and gender minority children.* (Ser. Transgression : cultural studies and education, 50). Sense.

Allen, L. R., Adams, N., Ashley, F., Dodd, C., Ehrensaft, D., Fraser, L., Garcia, M., Giordano, S., Green, J., Johnson, T., Penny, J., Rachlin, K., & Veale, J. (2024). Principlism and contemporary ethical considerations for providers of transgender health care. *International Journal of Transgender Health*, 1–19. https://doi.org/10.1080/26895269.2024.2303462

Alpert, A. B., CichoskiKelly, E. M., & Fox, A. D. (2017). What lesbian, gay, bisexual, transgender, queer, and intersex patients say doctors should know and do : a qualitative study. *Journal of homosexuality, 64*(10), 1368-1389. https://doi.org/10.1080/00918369.2017.1321376

Alvarez-Lizotte, P., & Caron, C. (2022). L'adultisme comme outil d'analyse critique: exemple appliqué à l'intervention sociojudiciaire auprès des jeunes vivant en contexte de violence conjugale. *Enfances Familles Générations. Revue interdisciplinaire sur la famille contemporaine*, (41). https://doi.org/10.7202/1097368ar

American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5 (5th éd.). https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596

Amery, F., (2023) "Protecting Children in 'Gender Critical' Rhetoric and Strategy: Regulating Childhood for Cisgender Outcomes", *DiGeSt - Journal of Diversity and Gender Studies* 10(2), 97-114. https://doi.org/10.21825/digest.85309

Amir, J., Gupta, S., Amir, M., & Jeelani, R. (2022). Trends in fertility preservation and barriers encountered by transgender individuals: where we started and have we progressed? a comprehensive review. *F&s Reviews, 3*(4), 280–296. https://doi.org/10.1016/j.xfnr.2022.07.001

Armuand, G., Dhejne, C., Olofsson, J. I., & Rodriguez-Wallberg, K. A. (2017). Transgender men's experiences of fertility preservation: a qualitative study. *Human Reproduction (Oxford, England), 32*(2), 383-390. https://doi.org/10.1093/humrep/dew323

Armuand, G., Dhejne, C., Olofsson, J. I., Stefenson, M., & Rodriguez-Wallberg, K. A. (2020). Attitudes and experiences of health care professionals when caring for transgender men undergoing fertility preservation by egg freezing: a qualitative study. *Therapeutic Advances in Reproductive Health, 14*. https://doi.org/10.1177/2633494120911036

Asian Communities for Reproductive Justice. (2005). *A new vision for advancing our movement for reproductive health, reproductive rights and reproductive justice.* Asian Communities for Reproductive Justice. chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://forwardtogether.org/wp-content/uploads/2017/12/ACRJ-A-New-Vision.pdf

Bao, X., Galiani, S., Li, K., Long, C., & National Bureau of Economic Research. (2019). *Where have all the children gone? An empirical study of child abandonment and abduction in china* (Ser. Nber working paper series, no. w26492). National Bureau of Economic Research.

Barbee, H., Deal, C., & Gonzales, G. (2022). Anti-transgender legislation—a public health concern for transgender youth. *JAMA pediatrics, 176*(2), 125-126. https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2021.4483

Barnett, B. S., Nesbit, A. E., & Sorrentino, R. M. (2018). The transgender bathroom debate at the intersection of politics, law, ethics, and science. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, *46*(2), 232-241. https://doi.org/10.3389/fsoc.2021.652777

Barrett, F., Shaw, J., Blakemore, J. K., & Fino, M. E. (2022). Fertility Preservation for Adolescent and Young Adult Transmen: A Case Series and Insights on Oocyte Cryopreservation. *Frontiers in Endocrinology*, *13*, np. https://doi.org/10.3389/fendo.2022.873508

Barron, C., & Capous-Desyllas, M. (2017). Transgressing the gendered norms in childhood: Understanding transgender children and their families. *Journal of GLBT Family Studies*, *13*(5), 407-438. https://doi.org/10.1080/1550428X.2016.1273155

Bartholomaeus, C., & Riggs, D. W. (2020). Transgender and non-binary Australians' experiences with healthcare professionals in relation to fertility preservation. *Culture, Health & Sexuality*, *22*(2), 129-145. https://doi.org/10.1080/13691058.2019.1580388

Bartholomaeus, C., Riggs, D. W., & Sansfaçon, A. P. (2021). Expanding and improving trans affirming care in australia: experiences with healthcare professionals among transgender young people and their parents. *Health Sociology Review : The Journal of the Health Section of the Australian Sociological Association*, *30*(1), 58–71. https://doi.org/10.1080/14461242.2020.1845223

Bauer, G. R., Hammond, R., Travers, R., Kaay, M., Hohenadel, K. M., & Boyce, M. (2009). "I don't think this is theoretical; this is our lives": how erasure impacts health care for transgender people. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, *20*(5), 348-361. https://doi.org/10.1016/j.jana.2009.07.004

Beauchesne Lévesque, S. G., Bouchard, A., Gallant Chenel, F., Martin, V., & Montminy, A. (s. d.). *Transitionner en contexte québécois*. https://transitionner.info/

Becerra-Fernández, A., Rodríguez-Molina, J. M., Asenjo-Araque, N., Lucio-Pérez, M. J., Cuchí-Alfaro, M., García-Camba, E., Pérez-López, G., Menacho-Román, M., Berrocal-Sertucha, M. C., Ly-Pen, D., & Aguilar-Vilas, M. V. (2017). Prevalence, incidence, and sex ratio of transsexualism in the autonomous region of Madrid (Spain) according to healthcare demand. *Archives of Sexual Behavior : The Official Publication of the International Academy of Sex Research*, *46*(5), 1307–1312. https://doi.org/10.1007/s10508-017-0955-z

Becker, I., Ravens-Sieberer, U., Ottová-Jordan, V., & Schulte-Markwort, M. (2017). Prevalence of adolescent gender experiences and gender expression in Germany. *The Journal of Adolescent Health : Official Publication of the Society for Adolescent Medicine*, *61*(1), 83–90. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2017.02.001

Bettencourt, G. M. (2020). Embracing problems, processes, and contact zones: Using youth participatory action research to challenge adultism. *Action Research*, *18*(2), 153-170. https://doi.org/10.1177/1476750318789475

Bolding, D. J., Acosta, A., Butler, B., Chau, A., Craig, B., & Dunbar, F. (2022). Working with lesbian, gay, bisexual, and transgender clients: Occupational therapy practitioners' knowledge, skills, and attitudes. *The American Journal of Occupational Therapy*, *76*(3). https://doi.org/10.5014/ajot.2022.049065

Borgström, B., Fridström, M., Gustafsson, B., Ljungman, P., & Rodriguez-Wallberg, K. A. (2020). A prospective study on the long-term outcome of prepubertal and pubertal boys undergoing testicular biopsy for fertility preservation prior to hematologic stem cell transplantation. *Pediatric Blood & Cancer*, *67*(9), e28507. https://doi.org/10.1002/pbc.28507

Brik, T., Vrouenraets, L. J. J. J., Schagen, S. E. E., Meissner, A., de Vries, M. C., & Hannema, S. E. (2019). Use of fertility preservation among a cohort of transgirls in the Netherlands. *The Journal of Adolescent Health : Official Publication of the Society for Adolescent Medicine*, *64*(5), 589–593. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2018.11.008

Brouillet, S., Ducrocq, B., Mestres, S., Guillemain, C., Ravel, C., & Reignier, A. (2022). Préservation de la fertilité et accès à l'assistance médicale à la procréation chez les personnes Trans: recommandations de Trans Santé France. *Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie*, *50*(10), 682-688. https://doi.org/10.1016/j.gofs.2022.06.005

Buckloh, L. M., Poquiz, J. L., Alioto, A., Moyer, D. N., & Axelrad, M. E. (2022). Best practices in working with parents and caregivers of transgender and gender diverse youth. *Clinical Practice in Pediatric Psychology*, *10*(3), 325–335. https://doi.org/10.1037/cpp0000442

Cai, Y. (2015). China's demographic challenges: Gender imbalance. Dans J. deLisle et A. Goldstein (dir.), *China's Challenges* (p. 60–82). University of Pennsylvania Press.

Cavanaugh, T., Hopwood, R., & Lambert, C. (2016). Informed consent in the medical care of transgender and gender-nonconforming patients. *AMA journal of ethics*, *18*(11), 1147-1155. https://doi.org/10.1001/journalofethics.2016.18.11.sect1-1611

Chen, D., & 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

Chen, D., Kolbuck, V. D., Sutter, M. E., Tishelman, A. C., Quinn, G. P., & Nahata, L. (2019b). Knowledge, practice behaviors, and perceived barriers to fertility care among providers of transgender healthcare. *The Journal of Adolescent Health : Official Publication of the Society for Adolescent Medicine*, *64*(2), 226–234. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2018.08.025

Chen, D., Kyweluk, M. A., Sajwani, A., Gordon, E. J., Johnson, E. K., Finlayson, C. A., & Woodruff, T. K. (2019a). Factors affecting fertility decision-making among transgender adolescents and young adults. *LGBT health*, *6*(3), 107-115.

Chen, D., Matson, M., Macapagal, K., Johnson, E. K., Rosoklija, I., Finlayson, C., Fisher, C. B., & Mustanski, B. (2018). Attitudes toward fertility and reproductive health among transgender and gender-nonconforming adolescents. *The Journal of Adolescent Health : Official Publication of the Society for Adolescent Medicine*, *63*(1), 62–68. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2017.11.306

Chen, D., Simons, L., Johnson, E. K., Lockart, B. A., & Finlayson, C. (2017). Fertility preservation for transgender adolescents. *The Journal of Adolescent Health : Official Publication of the Society for Adolescent Medicine*, *61*(1), 120–123. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2017.01.022

Cheng, P. J., Pastuszak, A. W., Myers, J. B., Goodwin, I. A., & Hotaling, J. M. (2019). Fertility concerns of the transgender patient. *Translational Andrology and Urology*, *8*(3), 209 –218. https://doi.org/10.21037/tau.2019.05.09

Cherabie, J., Nilsen, K., & Houssayni, S. (2018). Transgender health medical education intervention and its effects on beliefs, attitudes, comfort, and knowledge. *Kansas Journal of Medicine*, *11*(4), 106.

Chiniara, L. N., Viner, C., Palmert, M., & Bonifacio, H. (2019). Perspectives on fertility preservation and parenthood among transgender youth and their parents. *Archives of Disease in Childhood*, *104*(8), 739-744. https://doi.org/10.1136/archdischild-2018-316080

Chodzen, G., Hidalgo, M. A., Chen, D., & Garofalo, R. (2019). Minority stress factors associated with depression and anxiety among transgender and gender-nonconforming youth. *The*

Journal of Adolescent Health : Official Publication of the Society for Adolescent Medicine, *64*(4), 467–471. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2018.07.006

Chong, L. S., Kerklaan, J., Clarke, S., Kohn, M., Baumgart, A., Guha, C., Tunnicliffe, D. J., Hanson, C. S., Craig, J. C., & Tong, A. (2021). Experiences and perspectives of transgender youths in accessing health care: a systematic review. *JAMA pediatrics*, *175*(11), 1159-1173. https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2021.2061

Chouinard, I., & Caron, J. (2015). Le recours aux approches réflexives dans les métiers relationnels: modélisation des conceptions de la réflexivité. *Phronesis*, *4*(3), 11-21. https://doi.org/10.7202/1035269ar

Clark, B. A. (2021). Narratives of regret: Resisting cisnormative and bionormative biases in fertility and family creation counseling for transgender youth. *IJFAB: International Journal of Feminist Approaches to Bioethics*, *14*(2), 157-179. https://doi.org/10.3138/ijfab-14.2.09

Clark, B. A., Marshall, S. K., & Saewyc, E. M. (2020). Hormone therapy decision-making processes: Transgender youth and parents. *Journal of Adolescence*, *79*, 136-147. https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2019.12.016

Clark, T. C., Lucassen, M. F., Bullen, P., Denny, S. J., Fleming, T. M., Robinson, E. M., & Rossen, F. V. (2014). The health and well-being of transgender high school students: results from the New Zealand adolescent health survey (Youth'12). *The Journal of Adolescent Health : Official Publication of the Society for Adolescent Medicine*, *55*(1), 93–99. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2013.11.008

Cobo, A., García-Velasco, J. A., Remohí, J., & Pellicer, A. (2021). Oocyte vitrification for fertility preservation for both medical and nonmedical reasons. *Fertility and Sterility*, *115*(5), 1091-1101. https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2021.02.006

Coccia, P. F., Pappo, A. S., Beaupin, L., Borges, V. F., Borinstein, S. C., Chugh, R., Dinner, S., Folbrecht, J., Frazier, A. L., Goldsby, R., Gubin, A., Hayashi, R., Huang, M. S., Link, M. P., Livingston, J. A., Matloub, Y., Millard, F., Oeffinger, K. C., Puccetti, D., ... & Shead, D. A. (2018). Adolescent and young adult oncology, version 2.2018, NCCN clinical practice guidelines in oncology. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*, *16*(1), 66-97. https://doi.org/10.6004/jnccn.2018.0001

Coelho, J. S., Suen, J., Clark, B. A., Marshall, S. K., Geller, J., & Lam, P.-Y. (2019). Eating Disorder Diagnoses and Symptom Presentation in Transgender Youth: a Scoping Review. *Current Psychiatry Reports*, *21*(11), 107. https://doi.org/10.1007/s11920-019-1097-x

Coleman, E., Radix, A. E., Bouman, W. P., Brown, G. R., de Vries, A. L. C., Deutsch, M. B., Ettner, R., Fraser, L., Goodman, M., Green, J., Hancock, A. B., Johnson, T. W., Karasic, D. H., Knudson, G. A., Leibowitz, S. Meyer-Bahlburg, F., H. F. L., Monstrey, S. J., Motmans, J., Nahata, L., … & Arcelus, J. (2022). Standards of care for the health of transgender and gender diverse people, version 8. *International Journal of Transgender Health*, *23*(S1), 259. https://doi.org/10.1080/26895269.2022.2100644

Commission scolaire de Montréal. (2017). *LIGNES DIRECTRICES RELATIVES AUX ÉLÈVES TRANSGENRES DE LA COMMISSION SCOLAIRE DE MONTRÉAL*. chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.cssdm.gouv.qc.ca/wp-content/uploads/lignes-directrices-transgenres.pdf

Cooper, H. C., Long, J., & Aye, T. (2022). Fertility preservation in transgender and non-binary adolescents and young adults. *Plos one*, *17*(3), np. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0265043

Cotton, J. C., Le Corff, Y., Martin-Storey, A., Michaud, A., & Beauchesne Lévesque, S. G. (2021). *Parcours de transition et bien-être psychosocial des personnes trans, non-binaires ou en questionnement identitaire de genre-Résultats d'une enquête québécoise*. Groupe de recherche et d'intervention sur les adaptations sociales de l'enfance (GRISE) de l'Université de Sherbrooke. https://grise.ca/publications/parcours-de-transition-et-bien-etre-psychosocial-des-personnes-trans-non-binaires-ou-en-questionnement-identitaire-de-genre-resultats-dune-enquete-quebecoise/

Cotton, J-C., Pullen Sansfaçon, A., & Courcy, A. (dir.). (2024). *Pratiques psychoéducatives auprès des jeunes trans et non-binaires*. Presses de l'Université du Québec.

Courcy, N., Gervais, M-J., Shareck, O., Pullen Sansfaçon, A., & Cotton, J-C. (2024). Avancement des droits des personnes trans et non-binaires au Québec. Dans J-C. Cotton, A. Pullen Sansfaçon et N. Courcy (dir.), *Pratiques psychoéducatives auprès des jeunes trans et non-binaires* (p. 45-68). Presses de l'Université du Québec.

Crenshaw, K. (1989). Demarginalizing the intersection of race and sex: A black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory and antiracist politics. *The University of Chicago Legal Forum, 1989*(1), np. http://chicagounbound.uchicago.edu/uclf/vol1989/iss1/8

Crenshaw, K. W. (2017). *On intersectionality: essential writings*. New Press.

Creswell, J. W., & Poth, C. N. (2016). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches*. Sage publications.

Cutas, D., & Smajdor, A. (2024). Keeping it in the family: reproduction beyond genetic parenthood. *Journal of Medical Ethics*. https://doi.org/10.1136/jme-2023-109814

Cutillas-Fernández, M. A., Jiménez-Barbero, J. A., Herrera-Giménez, M., Forcén-Muñoz, L. A., & Jiménez-Ruiz, I. (2023). Attitudes and beliefs of mental health professionals towards trans people: a systematic review of the literature. *International journal of environmental research and public health*, *20*(15), 6495.

Daniel, M. (2021). The social movement for reproductive justice: Emergence, intersectional strategies, and theory building. *Sociology Compass*, *15*(8), np. https://doi.org/10.1111/soc4.12907

Day, J. K., Fish, J. N., Perez-Brumer, A., Hatzenbuehler, M. L., & Russell, S. T. (2017). Transgender Youth Substance Use Disparities: Results From a Population-Based Sample. *Journal of Adolescent Health*, *61*(6), 729–735. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2017.06.024

Day, J. K., Perez-Brumer, A., & Russell, S. T. (2018). Safe schools? Transgender youth's school experiences and perceptions of school climate. *Journal of youth and adolescence*, *47*(8), 1731–1742. https://doi.org/10.1007/s10964-018-0866-x

De Roo, C., Tilleman, K., T'Sjoen, G., & De Sutter, P. (2016). Fertility options in transgender people. *International Review of Psychiatry*, *28*(1), 112-119. https://doi.org/10.3109/09540261.2015.1084275

de Snoo-Trimp, J., de Vries, A., Molewijk, B., & Hein, I. (2022). How to deal with moral challenges around the decision-making competence in transgender adolescent care? Development of an ethics support tool. *BMC Medical Ethics*, *23*(1), 1-15. https://doi.org/10.1186/s12910-022-00837-1

de Vries, A. L., Steensma, T. D., Doreleijers, T. A., & Cohen-Kettenis, P. T. (2011). Puberty suppression in adolescents with gender identity disorder: A prospective follow-up study. *The Journal of Sexual Medicine*, *8*(8), 2276–2283. https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2010.01943.x

Dergham, M., Pellet, R., Boulekouane, J., & Charles, R. (2022). Les personnes trans et le soin. Partie 1: Des discriminations au renoncement: des sujets à risque?. *Médecine*, *18*(4). https://doi.org/10.1684/med.2022.764

Di Grazia, M., Sammartano, F., Taverna, C., Knowles, A., Trombetta, C., & Barbone, F. (2021). Considérations épidémiologiques sur l'incongruence de genre chez les adultes, les adolescents et les enfants et les questions de santé mentale: une revue de la littérature. *Sexologies*, *30*(1), 49-58. https://doi.org/10.1016/j.sexol.2020.12.002

Dietz, E., & Halem, J. (2016). How should physicians refer when referral options are limited for transgender patients?. *AMA journal of ethics*, *18*(11), 1070-1080. https://doi.org/10.1001/journalofethics.2016.18.11.ecas1-1611.

Directeur de l'état civil. (s. d.). *Changement de la mention du sexe*. https://www.etatcivil.gouv.qc.ca/fr/changement-sexe.html

Dorfman, C. S., Stalls, J. M., Mills, C., Voelkel, S., Thompson, M., Acharya, K. S., Baker, K. C., Wagner, L. M., Miller, N., Boswell, A., & Corbett, C. (2021). Addressing Barriers to Fertility Preservation for Cancer Patients: The Role of Oncofertility Patient Navigation. *Journal of Oncology Navigation & Survivorship*, *12*(10), 332–348.

Dowshen, N., Lee, S., Franklin, J., Castillo, M., & Barg, F. (2017). Access to medical and mental health services across the HIV care continuum among young transgender women: a qualitative study. *Transgender Health*, *2*(1), 81-90. https://doi.org/10.1089/trgh.2016.0046

Durcan, E., Turan, S., Bircan, B. E., Yaylamaz, S., Okur, I., Demir, A. N., Sulu, C., Kara, Z., Sahin, S., Taze, S. S., Mefkure Ozkaya, H., & Kadioglu, P. (2022). Fertility Desire and Motivation Among Individuals with Gender Dysphoria: A Comparative Study. *Journal of Sex & Marital Therapy*, *48*(8), 789–803. https://doi.org/10.1080/0092623X.2022.2053617

Ehrensaft, D. (2011). *Gender born, gender made: Raising healthy gender-nonconforming children*. Workman Publishing.

Eisenberg, M. E., Gower, A. L., McMorris, B. J., Rider, G. N., Shea, G., & Coleman, E. (2017). Risk and Protective Factors in the Lives of Transgender/Gender Nonconforming Adolescents. *Journal of Adolescent Health*, *61*(4), 521–526. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2017.04.014

Erbenius, T., & Gunnarsson Payne, J. (2018). Unlearning cisnormativity in the clinic: enacting transgender reproductive rights in everyday patient encounters. *Journal of International Women's Studies*, *20*(1), 27-39. https://vc.bridgew.edu/jiws/vol20/iss1/3

Ethics Committee of the American Society for Reproductive Medicine. (2021). Access to fertility services by transgender and nonbinary persons: an ethics committee opinion. *Fertility and Sterility*, *115*(4), 874–878. https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2021.01.049

Eustache, F., Drouineaud, V., Mendes, N., Delépine, B., Dupont, C., Mirallié, S., Papaxanthos, A., Metzler-Guillemain, C., Rives-Feraille, A., Magnan, F., Grèze, C., Hennebicq, S., Koscinski, I., Drapier, H., Frapsauce, C., Mayeur, A., Carlotti, M.-A., Mons, J., Schmitt, F., … Rives, N. (2021). Fertility preservation and sperm donation in transgender individuals: the current situation within the french cecos network. *Andrology*, *9*(6), 1790–1798. https://doi.org/10.1111/andr.13075

Faisca, É. (2021). La participation de l'enfant en protection de l'enfance: Enjeux, conditions et obstacles. *Enfances Familles Générations. Revue interdisciplinaire sur la famille contemporaine, 37.* https://doi.org/10.7202/1082328ar

Feng, W., Cai, Y., & Gu, B. (2013). Population, policy, and politics: how will history judge China's one-child policy? *Population and Development Review*, *38*, 115-129. https://www.jstor.org/stable/23655290

Feng, W., Gu, B., & Cai, Y. (2016). The end of china's one-child policy. *Studies in Family Planning*, *47*(1), 83–86. https://doi.org/10.1111/j.1728-4465.2016.00052.x

Fook, J., & Gardner, F. (2007). *Practising critical reflection: A resource handbook*. Open University Press.

Fusch P.I., & Ness L.R. (2015). Are we there yet? Data saturation in qualitative research. *Qualitative Report*, *20*(9), 1408–1416.

Fylan, F. (2005). Chapter 6: Semi-structured interviews. Dans J. Miles et P. Gilbert (dir.), *A Handbook of Research Methods for Clinical and Health Psychology* (p. 65-78). Oxford University Press.

Gaspodini, I. B., & Falcke, D. (2018). Sexual and gender diversity in clinical practice in psychology. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, *28*(69). https://doi.org/10.1590/1982-4327e2827

Gouvernement du Québec. (2024). *Procréation médicalement assistée*. https://msss.gouv.qc.ca/professionnels/perinatalite/procreation-medicalement-assistee/

Gouvernement du Québec. (s.d.a). *Savoir si un médicament est couvert.* Régie de l'assurance maladie. https://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/citoyens/assurance-medicaments/savoir-si-medicament-est-couvert?m=estrog%C3%A8ne

Gouvernement du Québec. (s.d.b). *Savoir si un médicament est couvert.* Régie de l'assurance maladie. https://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/citoyens/assurance-medicaments/savoir-si-medicament-est-couvert?m=testost%C3%A9rone

Gridley, S. J., Crouch, J. M., Evans, Y., Eng, W., Antoon, E., Lyapustina, M., Schimmel-Bristow, A., Woodward, J., Dundon, K., Schaff, R.,McCarty C., Ahrens, K., & Breland, D. J. (2016). Youth and caregiver perspectives on barriers to gender-affirming health care for transgender youth. *The Journal of Adolescent Health : Official Publication of the Society for Adolescent Medicine*, *59*(3), 254–261. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2016.03.017

Guichon, J., Mitchell, I., & Doig, C. (2013). Assisted human reproduction in common law Canada after the Supreme Court of Canada reference: moving beyond regulation by colleges of physicians and surgeons. *Canadian Journal of Women and the Law*, *25*(2), 315-339. http://doi.org/10.3138/cjwl.25.2.315

Guz, S., Kattari, S. K., Atteberry-Ash, B., Klemmer, C. L., Call, J., & Kattari, L. (2021). Depression and suicide risk at the cross-section of sexual orientation and gender identity for youth. *The Journal of Adolescent Health : Official Publication of the Society for Adolescent Medicine*, *68*(2), 317–323. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.06.008

Harris, R. M., Kolaitis, I. N., & Frader, J. E. (2020). Ethical issues involving fertility preservation for transgender youth. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, *37*(10), 2453–2462. https://doi.org/10.1007/s10815-020-01873-9

Hartman, R. G. (2002). Coming of age: devising legislation for adolescent medical decision-making. *American journal of law & medicine*, *28*(4), 409-453. http://doi.org/10.1017/S0098858800002707

Hawkesworth, M. (2023). Existential Activism: The Complex Contestations of Trans Youth. In *Young People Shaping Democratic Politics* (pp. 211–233). https://doi.org/10.1007/978-3-031-29378-8_10

Hembree, W. C., Cohen-Kettenis, P. T., Gooren, L., Hannema, S. E., Meyer, W. J., Murad, M. H., Rosenthal, S. M., Safer, J. D., Tangpricha, V., & T'Sjoen, G. G. (2017). Endocrine treatment of gender-dysphoric/gender-incongruent persons: An Endocrine Society clinical practice guideline. *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, *102*, 3869–3903. http://dx.doi.org/10.1210/jc .2017-01658

Horton, C., Pearce, R., Veale, J., Oakes-Monger, T. C., Pang, K. C., Pullen Sansfaçon, A., & Quinney, S. (2024). Child rights in trans healthcare - a call to action. *International Journal of Transgender Health*, *25*(3), 313–320. https://doi.org/10.1080/26895269.2024.2360359 http://www.dawsonera.com/depp/reader/protected/external/AbstractView/S9780335234875

Hudson, J., Nahata, L., Dietz, E., & Quinn, G. P. (2018). Fertility counseling for transgender AYAs. *Clinical practice in pediatric psychology*, *6*(1), 84. https://doi.org/10.1037/cpp0000180

Hudson, N. (2020). Egg donation imaginaries: embodiment, ethics and future family formation. *Sociology*, *54*(2), 346-362. https://doi.org/10.1177/0038038519868625

Hurst, J. L., Widman, L., Maheux, A. J., Evans-Paulson, R., Brasileiro, J., & Lipsey, N. (2022). Parent-child communication and adolescent sexual decision making: An application of family communication patterns theory. *Journal of Family Psychology : JFP : Journal of the Division of Family Psychology of the American Psychological Association (Division 43)*, *36*(3), 449–457. https://doi.org/10.1037/fam0000916

Hutchinson, M., & Montgomery, A. (2007). Parent Communication and Sexual Risk Among African Americans. *Western Journal of Nursing Research*, *29*(6), 691–707. https://doi.org/10.1177/0193945906297374

Ingraham, N., & Rodriguez, I. (2022). Clinic staff perspectives on barriers and facilitators to integrating transgender healthcare into family planning clinics. *Transgender Health*, *7*(1), 36-42. https://doi.org/10.1089/trgh.2020.0110

Institut de la statistique du Québec. (2022). *Diversité de genre*. https://statistique.quebec.ca/vitrine/15-29-ans/theme/demographie/diversite-genre

James-Abra, S., Tarasoff, L. A., Green, D., Epstein, R., Anderson, S., Marvel, S., Steele, L. S., & Ross, L. E. (2015). Trans people's experiences with assisted reproduction services: a qualitative study. *Human Reproduction*, *30*(6), 1365-1374. https://doi.org/10.1093/humrep/dev087

Jensen, L. L. (2010). *Training experiences as predictors of affirming attitudes toward transgender clients* [Dissertation].

Jeremic Stojkovic, V., Vears, D. F., Matejic, B., Gazibara, T., Turza, K., & Cvjetkovic, S. (2022). Adolescents' capacity to make decisions in healthcare: perspectives of serbian primary care physicians. *Journal of Child and Family Studies*, *31*(12), 3268-3280. https://doi.org/10.1007/s10826-022-02365-3

Johns, M. M., Lowry, R., Andrzejewski, J., Barrios, L. C., Demissie, Z., McManus, T., Rasberry, C. N., Robin, L., & Underwood, J. M. (2019). Transgender Identity and Experiences of Violence Victimization, Substance Use, Suicide Risk, and Sexual Risk Behaviors Among High School Students - 19 States and Large Urban School Districts, 2017. *MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report*, *68*(3), 67–71. https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6803a3

Johnson, A., McClurg, A. B., Baldino, J., Das, R., & Carey, E. T. (2024). Fertility preservation choices and decisional regret after gender-affirming surgery in transgender men or gender nonbinary persons. *F&S Reports*, *5*(1), 87-94. https://doi.org/10.1016/j.xfre.2023.12.002

Johnson, E. K., Chen, D., Gordon, E. J., Rosoklija, I., Holl, J. L., & Finlayson, C. (2016). Fertility-related care for gender and sex diverse individuals: a provider needs-assessment survey. *Transgender Health*, *1*(1), 197-201. https://doi.org/10.1089/trgh.2016.0030

Johnson, K. A. (2020). *China's hidden children: Abandonment, adoption, and the human costs of the One-Child Policy*. University of Chicago Press.

Johnson, L., & Federman, E. J. (2014). Training, experience, and attitudes of VA psychologists regarding LGBT issues: Relation to practice and competence. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, *1*(1), 10. https://doi.org/10.1037/sgd0000019

Kapungu, C. T., Baptiste, D., Holmbeck, G., Mcbride, C., Robinson-Brown, M., Sturdivant, A., Crown, L., & Paikoff, R. (2010). Beyond the "Birds and the Bees": Gender Differences in Sex-Related Communication Among Urban African-American Adolescents. *Family Process*, *49*(2), 251–264. https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2010.01321.x

Kerman, H. M., Pham, A., Crouch, J. M., Albertson, K., Salehi, P., Inwards-Breland, D. J., & Ahrens, K. R. (2021). Gender diverse youth on fertility and future family: a qualitative analysis. *The Journal of Adolescent Health : Official Publication of the Society for Adolescent Medicine*, *68*(6), 1112–1120. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2021.01.002

Kidd, K. M., Sequeira, G. M., Douglas, C., Paglisotti, T., Inwards-Breland, D. J., Miller, E., & Coulter, R. W. (2021). Prevalence of gender-diverse youth in an urban school district. *Pediatrics*, *147*(6), np. https://doi.org/10.1542/peds.2020-049823

Knutson, D., Koch, J. M., Arthur, T., Mitchell, T. A., & Martyr, M. A. (2016). " Trans broken arm": Health care stories from transgender people in rural areas.

Komorowski, A. S., Fisher, A. R., Jungheim, E. S., Lewis, C. S., & Omurtag, K. R. (2021). Fertility preservation discussions, referral and follow-up in male-to-female and female-to-male adolescent transgender patients. *Human Fertility*, 1-5. https://doi.org/10.1080/14647273.2021.2015804

Krebs, D., Harris, R. M., Steinbaum, A., Pilcher, S., Guss, C., Kremen, J., Roberts, S. A., Baskaran, C., Carswell, J., & Millington, K. (2022). Care for Transgender Young People. *Hormone Research in Paediatrics*, *95*(5), 405–414. https://doi.org/10.1159/000524030

Kuvalanka, K. A., Allen, S. H., Munroe, C., Goldberg, A. E., & Weiner, J. L. (2018). The experiences of sexual minority mothers with trans* children. *Family Relations*, *67*(1), 70-87. https://doi.org/10.1111/fare.12226

Kyweluk, M. A., Sajwani, A., & Chen, D. (2018). Freezing for the future: Transgender youth respond to medical fertility preservation. *International Journal of Transgenderism*, *19*(4), 401-416. https://doi.org/10.1080/15532739.2018.1505575

Lai, T. C., Davies, C., Robinson, K., Feldman, D., Elder, C. V., Cooper, C., Pang, K. C., & McDougall, R. (2021). Effective fertility counselling for transgender adolescents: a qualitative study of clinician attitudes and practices. *BMJ Open*, *11*(5), np. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-043237

Lambertini, M., Del Mastro, L., Pescio, M. C., Andersen, C. Y., Azim, H. A., Peccatori, F. A., Costa, M., Revelli, A., Salvagno, F., Gennari, A., Ubaldi, F. M., La Sala, G. B., De Stefano, C., Wallace, W. H., Partridge, A. H., & Anserini, P. (2016). Cancer and fertility preservation: international recommendations from an expert meeting. *BMC Medicine*, *14*, 1. https://doi.org/10.1186/s12916-015-0545-7

Lee, S., Ozkavukcu, S., & Ku, S. Y. (2021). Current and future perspectives for improving ovarian tissue cryopreservation and transplantation outcomes for cancer patients. *Reproductive Sciences*, *28*, 1746-1758. https://doi.org/10.1007/s43032-021-00517-2

Light, A. D., Obedin-Maliver, J., Sevelius, J. M., & 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

Luna, Z., & Luker, K. (2013). Reproductive justice. *Annual Review of Law and Social Science*, *9*, 327-352. https://doi.org/10.1146/annurev-lawsocsci-102612-134037

Macapagal, K., Coventry, R., Arbeit, M. R., Fisher, C. B., & Mustanski, B. (2017). "I Won't Out Myself Just to Do a Survey": Sexual and Gender Minority Adolescents' Perspectives on the Risks and Benefits of Sex Research. *Archives of Sexual Behavior*, *46*(5), 1393–1409. https://doi.org/10.1007/s10508-016-0784-5

MacKinnon, K. R., Ashley, F., Kia, H., Lam, J. S. H., Krakowsky, Y., & Ross, L. E. (2021). Preventing transition "regret": An institutional ethnography of gender-affirming medical care assessment practices in Canada. *Social Science & Medicine*, *291*. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114477

Mahey, R., Kandpal, S., Gupta, M., Vanamail, P., Bhatla, N., & Malhotra, N. (2020). Knowledge and awareness about fertility preservation among female patients with cancer: a cross-sectional study. *Obstetrics & gynecology science*, *63*(4), 480-489. https://doi.org/10.5468/ogs.20003

Mann, G., Taylor, A., Wren, B., & de Graaf, N. (2019). Review of the literature on self-injurious thoughts and behaviours in gender-diverse children and young people in the United Kingdom. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, *24*(2), 304–321. https://doi.org/10.1177/1359104518812724

Mann, L., Harmoni, R., & Power, C. (1989). Adolescent decision-making: The development of competence. *Journal of adolescence*, *12*(3), 265-278.

Marvel, S., Tarasoff, L. A., Epstein, R., Green, D., Steele, L. S., Ross, L. E., Lemmens, T., Martin, A. F., Milne, C., & Lee, I. B. (2017). 13. Listening to LGBTQ People on Assisted Human Reproduction: Access to Reproductive Material, Services, and Facilities. In *Regulating Creation : The Law, Ethics, and Policy of Assisted Human Reproduction* (pp. 325–358). https://doi.org/10.3138/9781442666337-014

McCallion, S., Smith, S., Kyle, H., Shaikh, M. G., Wilkinson, G., & Kyriakou, A. (2021). An appraisal of current service delivery and future models of care for young people with gender dysphoria. *European Journal of Pediatrics*, *180*(9), 2969–2976. https://doi.org/10.1007/s00431-021-04075-2

McClearen, J. (2023). "If you let me play": girls' empowerment and transgender exclusion in sports. *Feminist Media Studies*, *23*(4), 1361-1375. https://doi.org/10.1080/14680777.2022.2041697

Medico, D., & Pullen Sansfaçon, A. (2017). Pour des interventions anti-oppressives auprès des jeunes trans: nécessités sociales, évidences scientifiques et recommandations issues de la pratique. *Service social*, *63*(2), 21-34. https://doi.org/10.7202/1046497ar

Millet, N., Longworth, J., & Arcelus, J. (2017). Prevalence of anxiety symptoms and disorders in the transgender population: A systematic review of the literature. *International Journal of Transgenderism*, *18*(1), 27–38. https://doi.org/10.1080/15532739.2016.1258353

Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale (2022). *Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie*. Éditeur officiel du Québec. https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/rc/A-29,%20r.%205

Moradi, B., & Grzanka, P. R. (2017). Using intersectionality responsibly: Toward critical epistemology, structural analysis, and social justice activism. *Journal of Counseling Psychology*, *64*(5), 500–513. https://doi.org/10.1037/cou0000203

Morison, T. (2021). Reproductive justice: A radical framework for researching sexual and reproductive issues in psychology. *Social and Personality Psychology Compass*, *15*(6), np. https://doi.org/10.1111/spc3.12605

Morrison, A., Olezeski, C., Cron, J., & Kallen, A. N. (2020). A pilot study to assess attitudes toward future fertility and parenthood in transgender and gender expansive adolescents. *Transgender Health, 5*(2), 129-137. http://dx.doi.org/10.1089/trgh.2019.0075

Mosier-Mills, A., Kim, H. H., & Keuroghlian, A. S. (2024). Removing Barriers and Honoring Autonomy: Rethinking Mental Health Professional Assessments in Adolescent Gender-Affirming Medical Care. *Harvard Review of Psychiatry*, *32*(3), 96-100. https://doi.org/10.1097/HRP.0000000000000397

Nahata, L., Chen, D., Moravek, M. B., Quinn, G. P., Sutter, M. E., Taylor, J., Tishelman, A. C., & Gomez-Lobo, V. (2019). Understudied and under-reported: fertility issues in transgender youth—a narrative review. *The Journal of Pediatrics*, *205*, 265-271. https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2018.09.009

Nahata, L., Chen, D., Quinn, G. P., Travis, M., Grannis, C., Nelson, E., & Tishelman, A. C. (2020). Reproductive attitudes and behaviors among transgender/nonbinary adolescents. *The Journal of Adolescent Health : Official Publication of the Society for Adolescent Medicine*, *66*(3), 372–374. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2019.09.008

Nahata, L., Tishelman, A. C., Caltabellotta, N. M., & Quinn, G. P. (2017). Low fertility preservation utilization among transgender youth. *The Journal of Adolescent Health : Official Publication of the Society for Adolescent Medicine*, *61*(1), 40–44. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2016.12.012

Nordqvist, P. (2017). Genetic thinking and everyday living: On family practices and family imaginaries. *The Sociological Review*, *65*(4), 865-881. https://doi.org/10.1177/0038026117711645

Olson, K. R., Durwood, L., DeMeules, M., & McLaughlin, K. A. (2016). Mental health of transgender children who are supported in their identities. *Pediatrics*, *137*(3), np. https://doi.org/10.1542/peds.2015-3223

Olson, K. R., Key, A. C., & Eaton, N. R. (2015). Gender cognition in transgender children. *Psychological Science*, *26*(4), 467-474. https://doi.org/10.1177/0956797614568156

Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec. (s. d.). *Qui sont les psychoéducateurs et psychoéducatrices ?* https://ordrepsed.qc.ca/les-psychoeducateurs-et-psychoeducatrices/qui-sont-les-ps-ed/

Ouellet, V., Laroche, C., Bélisle, R., Supeno, E., & Cotton, J-C. (2024). Mesures visant à soutenir l'adaptation scolaire des élèves trans et non-binaires dans les écoles secondaires québécoise. Dans J-C. Cotton, A. Pullen Sansfaçon et N. Courcy (dir.), *Pratiques psychoéducatives auprès des jeunes trans et non-binaires* (p. 205-234). Presses de l'Université du Québec.

Owens, G. P., Riggle, E. D., & Rostosky, S. S. (2007). Mental health services access for sexual minority individuals. *Sexuality Research & Social Policy*, *4*, 92-99. https://doi.org/10.1525/srsp.2007.4.3.92

Paillé, P., & Mucchielli, A. (2021). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (5e éd.). Armand Colin.

Pang, K. C., Peri, A. J., Chung, H. E., Telfer, M., Elder, C. V., Grover, S., & Jayasinghe, Y. (2020). Rates of fertility preservation use among transgender adolescents. *JAMA Pediatrics*, *174*(9), 890-891. https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2020.0264

Parodi, K. B., Holt, M. K., Green, J. G., Katz-Wise, S. L., Shah, T. N., Kraus, A. D., & Xuan, Z. (2022). Associations between school-related factors and mental health among transgender

and gender diverse youth. *Journal of School Psychology*, *90*, 135–149. https://doi.org/10.1016/j.jsp.2021.11.004

Persky, R. W., Gruschow, S. M., Sinaii, N., Carlson, C., Ginsberg, J. P., & Dowshen, N. L. (2020). Attitudes toward fertility preservation among transgender youth and their parents. *The Journal of Adolescent Health : Official Publication of the Society for Adolescent Medicine*, *67*(4), 583–589. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.02.027

Poirier, F., Condat, A., Laufer, L., Rosenblum, O., & Cohen, D. (2019). Non-binarité et transidentités à l'adolescence: une revue de la littérature. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, *67*(5-6), 268-285. https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2018.08.004

Poteat, T., German, D., & Kerrigan, D. (2013). Managing uncertainty: a grounded theory of stigma in transgender health care encounters. *Social Science & Medicine*, *84*, 22-29. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.02.019

Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. (2019). Fertility preservation in patients undergoing gonadotoxic therapy or gonadectomy: a committee opinion. *Fertility and sterility*, *112*(6), 1022-1033. https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2019.09.013

Proulx, M-H. (2023, 1 février). Réinventer le genre. *L'actualité*. https://lactualite.com/societe/reinventer-le-genre/

Pullen Sansfaçon, A. (2015). Parentalité et jeunes transgenres : un survol des enjeux vécus et des interventions à privilégier pour le développement de pratiques transaffirmatives. *Santé mentale au Québec*, *40*(3), 93–107. https://doi.org/10.7202/1034913a

Pullen Sansfaçon, A., & Bellot, C. (2016). L'éthique de la reconnaissance comme posture d'intervention pour travailler avec les jeunes trans. *Nouvelles pratiques sociales*, *28*(2), 38-53. https://doi.org/10.7202/1041178ar

Pullen Sansfaçon, A., & Medico-Vergriete, D. (2021). *Jeunes trans et non-binaires: de l'accompagnement à l'affirmation*. Les Éditions du Remue-ménage.

Pullen Sansfaçon, A., Chadi, N., Chiniara, L., Taylor, A. B., Chan, A., & Saewyc, E. (2024). Expériences et vécus des jeunes trans et non-binaires au Québec. Dans J-C. Cotton, A. Pullen Sansfaçon et A. Courcy (dir.), *Pratiques psychoéducatives auprès des jeunes trans et non-binaires* (p. 89-107). Presses de l'Université du Québec.

Pullen Sansfaçon, A., Dionne, N., Planchat, T., Dyer, J., Picket, S., Temple-Newhook, J., Manning, K., James, J., & Davis, J. (2022). Expérience et vécu des parents d'enfants trans et de la diversité de genre vivant en région. *Service Social*, *68*(2), 107–124. https://doi.org/10.7202/1101459ar

Pullen Sansfaçon, A., Kirichenko, V., Holmes, C., Feder, S., Lawson, M. L., Ghosh, S., Ducharme, J., Temple Newhook, J., & Suerich-Gulick, F. (2020). Parents' Journeys to Acceptance and Support of Gender-diverse and Trans Children and Youth. *Journal of Family Issues*, *41*(8), 1214–1236. https://doi.org/10.1177/0192513X19888779

Pullen Sansfaçon, A., Robichaud, M. J., & Dumais-Michaud, A. A. (2015). The experience of parents who support their children's gender variance. *Journal of LGBT Youth*, *12*(1), 39-63. https://doi.org/10.1080/19361653.2014.935555

Quain, K. M., Kyweluk, M. A., Sajwani, A., Gruschow, S., Finlayson, C., Gordon, E. J., Johnson, E. K., Persky, R., Dowshen, N., & Chen, D. (2021). Timing and delivery of fertility preservation information to transgender adolescents, young adults, and their parents. *The Journal of Adolescent Health : Official Publication of the Society for Adolescent Medicine*, *68*(3), 619–622. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.06.044

Quinn, G. P., Sampson, A., & Campo-Engelstein, L. (2018). Familial discordance regarding fertility preservation for a transgender teen: an ethical case study. *The Journal of Clinical Ethics*, *29*(4), 261-265. https://doi.org/10.1086/JCE2018294261

Radi, B. (2020). Reproductive injustice, trans rights, and eugenics. *Sexual and reproductive health matters*, *28*(1), 1824318. https://doi.org/10.1080/26410397.2020.1824318

Rafferty, J., COMMITTEE ON PSYCHOSOCIAL ASPECTS OF CHILD AND FAMILY HEALTH, COMMITTEE ON ADOLESCENCE, SECTION ON LESBIAN, GAY, BISEXUAL, AND TRANSGENDER HEALTH AND WELLNESS, Yogman, M., Baum, R., Gambon, T. B., Lavin, A., Mattson, G., Wissow, L. S., Breuner, C., Alderman, E. M., Grubb, L. K., Powers, M. E., Upadhya, K., Wallace, S. B., Hunt, L., Gearhart, A. T., Harris, C., … & Sherer, I. M. (2018). Ensuring comprehensive care and support for transgender and gender-diverse children and adolescents. *Pediatrics*, *142*(4), np. https://doi.org/10.1542/peds.2018-2162

Ravitsky, V. (2010). " Knowing Where You Come From": The Rights of Donor-Conceived Individuals and the Meaning of Genetic Relatedness. *Minn. JL Sci. & Tech.*, *11*, 665.

Réseau d'enseignement et de recherche Diversité sexuelle et pluralité des genres. (s. d.). *Les cours*. https://reseaudspg.uqam.ca/les-cours/

Rider, G. N., McMorris, B. J., Gower, A. L., Coleman, E., & Eisenberg, M. E. (2018). Health and care utilization of transgender and gender nonconforming youth: a population-based study. *Pediatrics*, *141*(3), np. https://doi.org/10.1542/peds.2017-1683

Riggs, D. W., & Bartholomaeus, C. (2020). Toward trans reproductive justice: a qualitative analysis of views on fertility preservation for Australian transgender and Non-binary people. *Journal of Social Issues*, *76*(2), 314-337. https://doi.org/10.1111/josi.12364

Riggs, D. W., Pfeffer, C. A., Pearce, R., Hines, S., & White, F. R. (2020). Men, trans/masculine, and non-binary people negotiating conception: Normative resistance and inventive pragmatism. *International Journal of Transgender Health*, *22*(1-2), 6-17. https://doi.org/10.1080/15532739.2020.1808554

Riley, E. A., Clemson, L., Sitharthan, G., & Diamond, M. (2013). Surviving a gender-variant childhood: The views of transgender adults on the needs of gender-variant children and their parents. *Journal of Sex & Marital Therapy*, *39*(3), 241–263. https://doi.org/10.1080/0092623X.2011.628439

Roberts, M., Jones, J., Garcia, L., & Techau, A. (2022). Adolescents' perceptions of barriers and facilitators to engaging in mental health treatment: A qualitative meta-synthesis. *Journal of child and adolescent psychiatric nursing*, *35*(2), 113-125. https://doi.org/10.1111/jcap.12354

Rodriguez-Wallberg, K., Obedin-Maliver, J., Taylor, B., Van Mello, N., Tilleman, K., & Nahata, L. (2023). Reproductive health in transgender and gender diverse individuals: A narrative review to guide clinical care and international guidelines. *International Journal of Transgender Health*, *24*(1), 7-25. https://doi.org/10.1080/26895269.2022.2035883

Romanelli, M., & Hudson, K. D. (2017). Individual and systemic barriers to health care: Perspectives of lesbian, gay, bisexual, and transgender adults. *The American Journal of Orthopsychiatry*, *87*(6), 714–728. https://doi.org/10.1037/ort0000306

Romito, M., Salk, R. H., Roberts, S. R., Thoma, B. C., Levine, M. D., & Choukas-Bradley, S. (2021). Exploring transgender adolescents' body image concerns and disordered eating: Semi-structured interviews with nine gender minority youth. *Body Image*, *37*, 50–62. https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2021.01.008

Rosenthal, S. M. (2021). Challenges in the care of transgender and gender-diverse youth: an endocrinologist's view. *Nature Reviews Endocrinology*, *17*(10), 581-591.

Ross, L. J. (2017). Reproductive justice as intersectional feminist activism. *Souls*, *19*(3), 286-314. https://doi.org/10.1080/10999949.2017.1389634

Ross, L., & Solinger, R. (2017). *Reproductive justice: An introduction* (Vol. 1). University of California Press.

Salpietro, L., Ausloos, C., & Clark, M. (2019). Cisgender professional counselors' experiences with trans* clients. *Journal of LGBT Issues in Counseling*, *13*(3), 198-215. https://doi.org/10.1080/15538605.2019.1627975

Schelble, A. P., Fisher, A. R., Jungheim, E., Lewis, C., & Omurtag, K. (2017). Fertility preservation (FP) referral and follow-up in male-to-female (MTF) and female-to-male (FTM) transgender patients. *Fertility and Sterility*, *108*(3), 115-116. https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2017.07.354

Segev-Becker, A., Israeli, G., Elkon-Tamir, E., Perl, L., Sekler, O., Amir, H., Interator, H., Dayan, S. C., Chorna, E., Weintrob, N., & Oren, A. (2020). Children and adolescents with gender dysphoria in israel: increasing referral and fertility preservation rates. *Endocrine Practice : Official Journal of the American College of Endocrinology and the American Association of Clinical Endocrinologists*, *26*(4), 423–428. https://doi.org/10.4158/EP-2019-0418

Servais, J., Vanhoutte, B., Maddy, H., & Godin, I. (2024). Ethical and methodological challenges conducting participative research with transgender and gender-diverse young people: a systematic review. *International Journal of Transgender Health*, *25*(3), 419-438. https://doi.org/10.1080/26895269.2024.2323524

Shier, H., Méndez, M. H., Centeno, M., Arróliga, I., & González, M. (2014). How children and young people influence policy-makers: Lessons from Nicaragua. *Children & Society*, *28*(1), 1-14. https://doi.org/10.1111/j.1099-0860.2012.00443.x

Shuster, S. M. (2019). Performing informed consent in transgender medicine. *Social Science & Medicine (1982)*, *226*, 190-197. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.02.053

Shute, T. (2018). The Health Needs and Experiences of Trans Residents in Small and Rural Areas. *Diversity of Research in Health Journal*, *2*, 157–164. https://doi.org/10.28984/drhj.v2i0.132

Silber, S., Kagawa, N., Kuwayama, M., & Gosden, R. (2010). Duration of fertility after fresh and frozen ovary transplantation. *Fertility and sterility*, *94*(6), 2191-2196. https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2009.12.073

Simana, S. (2018). Creating life after death: should posthumous reproduction be legally permissible without the deceased's prior consent? *Journal of Law and the Biosciences*, *5*(2), 329–354. https://doi.org/10.1093/jlb/lsy017

Singh, A. A., & Jackson, K. (2012). CHAPTER SEVENTEEN : queer and transgender youth: education and liberation in our schools. *Counterpoints*, *367*, 175-186. http://www.jstor.org/stable/42981399

SisterSong. (2016). *Reproductive justice*. SisterSong: Women of Color Reproductive Justice Collective. http://sistersong.net/reproductive-justice/

Slothouber, V. (2020). (De) trans visibility: moral panic in mainstream media reports on de/retransition. *European Journal of English Studies*, *24*(1), 89-99. https://doi.org/10.1080/13825577.2020.1730052

Soled, K. R. S., Dimant, O. E., Tanguay, J., Mukerjee, R., & Poteat, T. (2022). Interdisciplinary clinicians' attitudes, challenges, and success strategies in providing care to transgender

people: a qualitative descriptive study. *BMC health services research*, *22*(1), 1134. https://doi.org/10.1186/s12913-022-08517-x

Spanos, C., Grace, J. A., Leemaqz, S. Y., Brownhill, A., Cundill, P., Locke, P., Wong, P., Zajac, J. D., & Cheung, A. S. (2021). The informed consent model of care for accessing gender-affirming hormone therapy is associated with high patient satisfaction. *The Journal of Sexual Medicine*, *18*(1), 201-208. https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2020.10.020

Stark, B. A., & Mok-Lin, E. (2022). Fertility preservation in transgender men without discontinuation of testosterone. *F&S Reports*, *3*(2), 153-156. https://doi.org/10.1016/j.xfre.2022.02.002

Statistique Canada. (2022). *Personnes LGBTQ2+ - Coup d'œil sur le Canada 2022*. https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/12-581-x/2022001/sec6-fra.htm

Stige, S. H., Barca, T., Lavik, K. O., & Moltu, C. (2021). Barriers and facilitators in adolescent psychotherapy initiated by adults—Experiences that differentiate adolescents' trajectories through mental health care. *Frontiers in Psychology*, *12*, 633663. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.633663

Stolk, T. H. R., Asseler, J. D., Huirne, J. A. F., van den Boogaard, E., & van Mello, N. M. (2023). Desire for children and fertility preservation in transgender and gender diverse people: a systematic review. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, *87*, 102312–102312. https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2023.102312

Strang, J. F., Jarin, J., Call, D., Clark, B., Wallace, G. L., Anthony, L. G., Kenworthy, L., & Gomez-Lobo, V. (2018). Transgender youth fertility attitudes questionnaire: measure development in nonautistic and autistic transgender youth and their parents. *The Journal of Adolescent Health : Official Publication of the Society for Adolescent Medicine*, *62*(2), 128–135. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2017.07.022

Tam, M. W. (2021). Queering reproductive access: reproductive justice in assisted reproductive technologies. *Reproductive Health*, *18*(1), 164. https://doi.org/10.1186/s12978-021-01214-8

Tatum, M. (2021). China's three-child policy. *The Lancet*, *397*(10291), 2238–2238. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)01295-2

Tebbe, E. A., & Budge, S. L. (2022). Factors that drive mental health disparities and promote well-being in transgender and nonbinary people. *Nature Reviews Psychology*, *1*(12), 694-707. https://doi.org/10.1038/s44159-022-00109-0

Tishelman, A. C., Sutter, M. E., Chen, D., Sampson, A., Nahata, L., Kolbuck, V. D., & Quinn, G. P. (2019). Health care provider perceptions of fertility preservation barriers and challenges with transgender patients and families: qualitative responses to an international survey. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, *36*(3), 579–588. https://doi.org/10.1007/s10815-018-1395-y

TransEstrie. (s. d.). *Ressource de distribution d'articles d'affirmation du genre*. https://transestrie.org/fr/rdaag-fr/

Travers, R., Bauer, G., & Pyne, J. (2012). *Impacts of strong parental support for trans youth: A report prepared for Children's Aid Society of Toronto and Delisle Youth Services*. Trans Pulse.

Turban, J. L., King, D., Li, J. J., & Keuroghlian, A. S. (2021). Timing of social transition for transgender and gender diverse youth, K-12 harassment, and adult mental health outcomes. *The Journal of Adolescent Health : Official Publication of the Society for Adolescent Medicine*, *69*(6), 991–998. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2021.06.001

Tzenios, N. (2019). The determinants of Access to Healthcare: a review of Individual, Structural, and systemic factors. *Journal of Humanities and Applied Science Research*, *2*(1), 1-14.

Vallée, S. (2016*). Projet de loi n° 103, Loi visant à renforcer la lutte contre la transphobie et à améliorer notamment la situation des mineurs transgenres*. Assemblée Nationale du Québec. https://www.assnat.qc.ca/fr/travaux-parlementaires/projets-loi/projet-loi-103-41-1.html

Van Donge, N., Schvey, N. A., Roberts, T. A., & Klein, D. A. (2019). Transgender dependent adolescents in the US military health care system: Demographics, treatments sought, and health care service utilization. *Military medicine*, *184*(5-6), 447-454. https://doi.org/10.1093/milmed/usy264

Veale, J. F., Deutsch, M. B., Devor, A. H., Kuper, L. E., Motmans, J., Radix, A. E., & Amand, C. S. (2022). Setting a research agenda in trans health : An expert assessment of priorities and issues by trans and nonbinary researchers. *International Journal of Transgender Health*, *23*(4), 392-408. https://doi.org/10.1080/26895269.2022.2044425

Veale, J. F., Watson, R. J., Peter, T., & Saewyc, E. M. (2017). Mental health disparities among Canadian transgender youth. *The Journal of Adolescent Health : Official Publication of the Society for Adolescent Medicine*, *60*(1), 44–49. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2016.09.014

Vlot, M. C., Klink, D. T., den Heijer, M., Blankenstein, M. A., Rotteveel, J., & Heijboer, A. C. (2017). Effect of pubertal suppression and cross-sex hormone therapy on bone turnover markers and bone mineral apparent density (BMAD) in transgender adolescents. *Bone*, *95*, 11-19. https://doi.org/10.1016/j.bone.2016.11.008

von Doussa, H., Power, J., & Riggs, D. (2015). Imagining parenthood: the possibilities and experiences of parenthood among transgender people. *Culture, Health & Sexuality*, *17*(9), 1119-1131. https://doi.org/10.1080/13691058.2015.1042919

von Vogelsang, A. C., Milton, C., Ericsson, I., & Strömberg, L. (2016). 'Wouldn't it be easier if you continued to be a guy?'–a qualitative interview study of transsexual persons' experiences of encounters with healthcare professionals. *Journal of Clinical Nursing*, *25*(23-24), 3577-3588. https://doi.org/10.1111/jocn.13271

Vrouenraets, L. J. J. J., de Vries, M. C., Hein, I. M., Arnoldussen, M., Hannema, S. E., & de Vries, A. L. C. (2022). Perceptions on the function of puberty suppression of transgender adolescents who continued or discontinued treatment, their parents, and clinicians. *International Journal of Transgender Health*, *23*(4), 428–441. https://doi.org/10.1080/26895269.2021.1974324

Vyas, N., Douglas, C. R., Mann, C., Weimer, A. K., & Quinn, M. M. (2021). Access, barriers, and decisional regret in pursuit of fertility preservation among transgender and gender-diverse individuals. *Fertility and Sterility*, *115*(4), 1029-1034. https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2020.09.007

Wade, M. E. (2024). Let our stories Be told: Conducting narrative inquiry with trans youth. *Journal of Child and Adolescent Counseling*, *10*(2), 132-144. https://doi.org/10.1080/23727810.2024.2362118

Wakefield, B. W., Boguszewski, K. E., Cheney, D., & Taylor, J. F. (2019). Patterns of fertility discussions and referrals for youth at an interdisciplinary gender clinic. *LGBT Health*, *6*(8), 417-421. https://doi.org/10.1089/lgbt.2019.0076

White Hughto, J. M., Reisner, S. L., & Pachankis, J. E. (2015). Transgender stigma and health: A critical review of stigma determinants, mechanisms, and interventions. *Social Science & Medicine*, *147*, 222–231. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.11.010

Whitehead, J., Shaver, J., & Stephenson, R. (2016). Outness, stigma, and primary health care utilization among rural LGBT populations. *PloS One*, *11*(1), np. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0146139

Whitfield, B., Vizcarra, E., Dane'el, A., Palomares, L., D'Amore, G., Maslowsky, J., & White, K. (2023). Minors' Experiences Accessing Confidential Contraception in Texas. *Journal of Adolescent Health*, *72*(4), 591–598. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2022.11.230

Whitman, C. N., & Han, H. (2017). Clinician competencies: Strengths and limitations for work with transgender and gender non-conforming (TGNC) clients. *International Journal of Transgenderism*, *18*(2), 154–171. https://doi.org/10.1080/15532739.2016.1249818

Whyte, M. K., Feng, W., & Cai, Y. (2015). Challenging myths about China's one-child policy. *The China Journal*, (74), 144-159. https://doi.org/10.1086/681664

Widman, L., Choukas-Bradley, S., Helms, S. W., Golin, C. E., & Prinstein, M. J. (2014). Sexual communication between early adolescents and their dating partners, parents, and best friends. *Journal of Sex Research*, *51*(7), 731–741. https://doi.org/10.1080/00224499.2013.843148

Widman, L., Choukas-Bradley, S., Noar, S. M., Nesi, J., & Garrett, K. (2016). Parent-Adolescent Sexual Communication and Adolescent Safer Sex Behavior: A Meta-Analysis. *JAMA Pediatrics*, *170*(1), 52–61. https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2015.2731

Winter, S., Diamond, M., Green, J., Karasic, D., Reed, T., Whittle, S., & Wylie, K. (2016). Transgender people : health at the margins of society. *The Lancet*, *388*(10042), 390-400. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00683-8

Wylie, K., Knudson, G., Khan, S. I., Bonierbale, M., Watanyusakul, S., & Baral, S. (2016). Serving transgender people: clinical care considerations and service delivery models in transgender health. *The Lancet*, *388*(10042), 401-411. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00682-6

Annexe A : Guide d'entrevue

Objectif de l'entrevue

- Bonjour, je m'appelle Thalie Pilon et j'utilise le pronom « elle ». Je suis étudiante à la maîtrise en psychoéducation à l'Université du Québec en Outaouais campus Saint-Jérôme.
- Lors de cet entretien, avec quel pronom et quels accords souhaitez-vous que je m'adresse à vous?
- Avant de commencer, dans le but de m'assurer de la confidentialité des données, êtes-vous installé·e dans un endroit privé et calme pour l'entrevue?
- Dans le cadre de mon mémoire, je m'intéresse aux points de vue des professionnel·le·s en sciences sociales sur la préservation de la fertilité des jeunes trans et non-binaires. Mon projet s'inscrit dans l'étude Préfer, « La préservation de la fertilité chez les jeunes trans et non-binaires au Québec : recueillir la parole de jeunes et de parents pour mieux soutenir les familles ». L'étude Préfer est réalisée en partenariat avec l'organisme Jeunes identités créative / Gender Creative Kids (JIC-GCK) et le Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine, et s'inscrit dans la programmation de l'Équipe de recherche FRQ-SC sur les jeunes trans et leurs familles. L'étude principale est menée par le chercheur principal Kévin Lavoie, professeur adjoint à l'École de travail social et de criminologie de l'Université Laval, ainsi qu'Annie Pullen Sansfaçon, Isabel Côté, Lyne Chiniara et Nicholas Chadi en tant que cochercheur·es. Ce mémoire se fait sous la direction d'Isabel Côté, professeure agrégée en travail social et titulaire de la Chaire de recherche du Canada sur la procréation pour autrui et les liens familiaux.
- J'aimerais aussi faire un petit récapitulatif du formulaire de consentement.
- Vous pouvez en tout temps décider de ne pas répondre à une question, demander une pause ou décider de clore l'entrevue.
- Je tiens à vous remercier pour votre participation. *(Débuter l'enregistrement)*

Mise en contexte

1. Qu'est-ce qu'une personne trans pour vous?

2. Qu'est-ce qu'une personne non-binaire?

3. Dans quel contexte avez-vous pris connaissance de l'étude? *(milieu de travail, page Facebook, courriel, etc.)*[5]

4. Quelles sont les tâches et activités professionnelles associées à votre fonction au sein de votre milieu? *(reconfirmer occupation professionnelle et poste)*

5. Avec quel·les autres professionnel·les et organismes êtes-vous amené·e à travailler dans le cadre de vos fonctions par rapport à votre clientèle trans et non-binaire?
   5.1. Quels sont les liens que vous entretenez avec ces dernier·ères?

[5] Les phrases entre parenthèses servent de guide pour l'intervieweuse. Ces phrases seront posées dans les cas où la personne participante ne comprend pas la question ou demande des éclaircissements.

Caractéristiques de la clientèle

6. Dans quel contexte êtes-vous amené·e à côtoyer des personnes trans et non-binaires dans votre milieu? Comment les gens peuvent avoir accès à vos services.

7. Comment décrieriez-vous les personnes non-binaires que vous côtoyez dans le cadre de vos fonctions? (*âge, statut socio-économique, langue, ethnicité, niveau de scolarité, motifs de consultation, besoins, etc.)*

8. Comment décrieriez-vous les personnes trans que vous côtoyez dans le cadre de vos fonctions? *(genre, âge, statut socio-économique, ethnicité, niveau de scolarité, motifs de consultation, besoins, etc.)*

9. Combien de temps durent vos suivis approximativement? *(temps de rencontres, nombre de rencontres, etc.)*

10. Quelle(s) approche(s) d'intervention utilisez-vous dans le cadre de vos fonctions auprès des jeunes trans et non-binaires? *(transaffirmative, cognitivo-comportementale, écosystémique, psycho-développementale, etc.)*

11. Utilisez-vous un guide de pratique ou un cadre de référence particulier au sein de votre pratique? Si oui, le ou lesquel(s)? *(Standards de soins WPATH, guide de la pratique clinique de la Société Endocrine, guide maison, etc.)*

Processus de la préservation de la fertilité

12. Dans vos mots, qu'est-ce que la préservation de la fertilité?

13. De quelle manière avez-vous pris connaissance de ce sujet? *(Circonstances, sources d'information, etc.)*

14. Est-ce quelque chose que vous abordez avec les jeunes?

    14.1. Si oui, pourquoi?
        14.1.1. Comment l'abordez-vous auprès des jeunes trans et non-binaires?
        14.1.2. Quelles sont les réactions des jeunes? Quel(s) type(s) de discours adoptent-iels? Comment y réagissez-vous?
        14.1.3. Les jeunes sont-iels déjà au courant de ce qu'est la préservation de la fertilité? Si oui, à quel moment? Par le biais de quelle(s) source(s) d'information?

    14.2. Si non, pourquoi?

15. Est-ce un sujet que vous abordez avec les parents ou les membres de la famille?

    15.1. Si oui, pourquoi?

15.1.1. Comment l'abordez-vous auprès des parents ou des membres de la famille de ces jeunes?
15.1.2. Quelles sont les réactions des parents ou des membres de la famille? Quel(s) type(s) de discours adoptent-iels? Comment y réagissez-vous?
15.1.3. Quelles sont les principales barrières à la préservation de la fertilité de leur enfant que vous percevez chez les parents ou membres de la famille?
15.1.4. Les parents ou les membres de leur famille sont-iels déjà au courant de ce qu'est la préservation de la fertilité? Si oui, à quel moment? Par le biais de quelle(s) source(s) d'information?

15.2. Si non, pourquoi?

16. Que se passe-t-il si un·e jeune ou ses parents démontrent de l'intérêt pour la préservation de la fertilité?

17. Est-ce qu'une personne de votre clientèle a déjà opté pour la préservation de la fertilité?

17.1. Si oui, pouvez-vous m'expliquer comment cela s'est passé, et cela de façon à assurer la confidentialité de la personne?

18. Selon vous, vers quel âge et à quel moment serait-il le plus approprié d'aborder la préservation de la fertilité?

19. À quoi ressemblerait ces discussions?

20. Comment décrieriez-vous votre aisance à discuter des enjeux en lien avec la fertilité, la préservation de la fertilité auprès des jeunes?

21. Quels seraient les enjeux, ou les barrières d'accès quant à la préservation de la fertilité ou ce qui touche la fertilité des jeunes trans et non-binaires?

<u>Pratique et rôle professionnels</u>

22. Comment percevez-vous votre rôle de professionnel·le en lien avec la préservation de la fertilité ou de la fertilité? Quel en serait son apport? Sa spécificité? Sa complémentarité?
22.1. Quelle est la pertinence du côté psychosocial de votre point de vue?
22.2. Que pouvez-vous me dire sur la collaboration interprofessionnelle?
22.3. Quels défis sont rencontrés à ce sujet (considérant qu'il s'agit d'un domaine très axé sur le biomédical)?

23. Comment serait-il possible d'améliorer la pratique des professionnel·les en sciences sociales au sujet de la préservation de la fertilité ou de la fertilité?

24. Dans quelle direction la pratique se dirige-t-elle en matière de discussion entourant fertilité auprès des jeunes trans et non-binaires? *(ou ce que la personne souhaite)*

25. Quel(s) conseil(s) auriez-vous à donner à d'autres professionnel·les qui travaillent auprès de ces jeunes sur la façon d'aborder la préservation de la fertilité?

26. Pour terminer, quels sont les raisons qui ont motivé votre participation à ce projet de recherche?

27. Retombées

Conclusion

- Y a-t-il d'autres choses dont nous n'avons pas parlé que vous souhaitez ajouter?
- Concernant la compensation financière, je vous envoie dès la fin de notre appel un transfert Interac d'un montant de 25$ par courriel.
- Avez-vous des questions quant à l'entrevue que nous venons de réaliser?
- N'hésitez pas à transmettre l'invitation de participation à cette étude à vos collègues et vos partenaires.
- Je vous remercie pour votre temps et votre contribution à ce projet de recherche.

Annexe B : Formulaire de consentement

Case postale 1250, succursale HULL, Gatineau (Québec) J8X 3X7
www.uqo.ca/ethique
Comité d'éthique de la recherche

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

La préservation de la fertilité chez les jeunes trans et non-binaires au Québec : points de vue des personnes professionnelles et intervenantes psychosociales

Thalie Pilon, étudiante à la maîtrise en psychoéducation (elle/she)
Isabel Côté, PhD., directrice de recherche (elle/she)
Département de psychoéducation et de psychologie

ÉTUDE PRÉFER

Ce projet de mémoire s'inscrit dans l'étude PRÉFER, « La préservation de la fertilité chez les jeunes trans et non-binaires au Québec : recueillir la parole de jeunes et de parents pour mieux soutenir les familles ». L'étude PRÉFER est réalisée en partenariat avec l'organisme Jeunes identités créative / Gender Creative Kids (JIC-GCK) et le Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine, et s'inscrit dans la programmation de l'Équipe de recherche FRQ-SC sur les jeunes trans et leurs familles. L'étude principale est menée par le chercheur principal Kévin Lavoie, professeur adjoint à l'École de travail social. L'étude PRÉFER a reçu l'approbation éthique des CÉR de l'Université Laval et de l'Université du Québec en Outaouais (#2021-1637). L'étude principale vise à documenter les points de vue de jeunes trans et non-binaires et de leurs parents à propos de la préservation de la fertilité. Plus précisément, il s'agit de recueillir la parole de jeunes qui veulent ou qui ont affirmé leur identité de genre par une transition médicale (hormonothérapie affirmative par œstrogènes ou testostérone, que les jeunes soient sous bloqueurs hormonaux ou non) pouvant affecter leur fertilité de manière permanente, et la mettre en dialogue avec celle de parents ayant un·e enfant trans et/ou non-binaire.

POINTS DE VUE DES PROFESSIONNEL·LE·S ET INTERVENANT·E·S PSYCHOSOCIAUX·ALES

La présente recherche se penche sur les points de vue des personnes professionnelles et intervenantes psychosociales qui œuvrent auprès des jeunes trans et non-binaires, en regard de leurs représentations de la préservation de la fertilité de ces jeunes et ce, en tant que troisième perspective sur l'objet. Ce projet de recherche a reçu l'approbation du comité d'éthique de l'Université du Québec en Outaouais (#2022-2152). Le présent mémoire de maitrise est sous la direction d'Isabel Côté, professeure agrégée en travail social et titulaire de la Chaire de recherche du Canada sur la procréation pour autrui et les liens familiaux. Les objectifs de ce projet de recherche sont de :

- Documenter les connaissances des professionnel·le·s issu·e·s de domaines des sciences sociales au sujet de la préservation de la fertilité.
- Documenter des pratiques d'intervention sur le terrain à ce sujet auprès des jeunes, des parents et des autres professionnel·le·s.
- Documenter des besoins exprimés par les professionnel·le·s en matière de préservation de la fertilité et des discussions l'entourant.
- Proposer des pistes d'intervention novatrices et mieux adaptées aux besoins de cette clientèle.

Vous êtes invité·x·e à participer à cette recherche qui consiste à une entrevue d'une durée d'environ 1h30.

Cette entrevue sera enregistrée, avec votre autorisation, sur support audio afin d'en faciliter ensuite la transcription. En fonction des mesures sanitaires en vigueur, l'activité se fera en ligne sur la plateforme ZOOM ou par appel téléphonique. Plusieurs sujets seront abordés lors de cette rencontre, par exemple les caractéristiques de la clientèle trans et non-binaire de votre milieu, la préservation de la fertilité et votre pratique professionnelle en regard à l'objet. Un court questionnaire sociodémographique sera aussi administré.

CONFIDENTIALITÉ

La confidentialité des données recueillies dans le cadre de ce projet de recherche sera assurée conformément aux lois et règlements applicables dans la province de Québec et aux règlements et politiques de l'Université du Québec en Outaouais[1]. Tant les données recueillies que les résultats de la recherche ne pourront en aucun cas mener à votre identification. Chaque participant · e à la recherche se verra attribuer un pseudonyme afin d'en garantir la confidentialité.

À moins que vous ne consentiez à une utilisation secondaire telle que plus amplement décrite plus loin, les données recueillies ne seront utilisées à d'autres fins que celles décrites dans le présent formulaire de consentement. Les données seront conservées dans mon ordinateur personnel, à usage exclusif protégé d'un mot de passe. Les données identificatoires seront aussi conservées sur mon ordinateur, mais dans un fichier indépendant protégé par un mot de passe spécifique à ce fichier. Ce formulaire de consentement et le questionnaire sociodémographique seront conservés électroniquement sur la plateforme Lime Survey dont le serveur est hébergé à l'UQO. Les enregistrements seront transcrits et seront détruits par effacement de données du disque dur, ainsi que toute information personnelle, lors du dépôt final. Les données recueillies à l'aide du logiciel Lyme Survey seront détruites selon les modalités du dit logiciel. La seule personne ayant accès aux données identificatoires est ma directrice de mémoire Isabel Côté. Le chercheur principal de l'étude PRÉFER aura quant à lui accès aux données anonymisées.

La destruction partielle ou complète des données et le retrait de la participation pourront être effectués dans le cas d'une demande soumise à cet effet par courriel, et ce tout au long de ce projet jusqu'à ce que la publication des résultats s'effectue. Il est aussi possible de soumettre une demande par courriel pour avoir accès à vos données recueillies au cours de ce projet, ainsi que le présent formulaire de consentement et le questionnaire sociodémographique, avant l'effacement des données lors du dépôt final. À la suite d'une dite demande, vos données vous seront transmises par la poste. Seules les données anonymisées seront conservées 5 ans.

CRITÈRES D'INCLUSION ET D'EXCLUSION

Les critères d'inclusion et d'exclusion permettent d'assurer l'éligibilité des personnes participantes et ce, dans le but de documenter l'objet de recherche en concordance avec les objectifs prédéfinis de ce mémoire. Les participant · e · s recherché · e · s doivent :

- Travailler dans un domaine en relation d'aide (ex : psychoéducation, éducation spécialisée, travail social, sexologie, psychologie, etc.).
- Avoir minimalement un an d'expérience auprès des jeunes trans et non-binaires âgé · e · s entre 14 et 25 ans.
- Être impliqué·e·s dans la trajectoire de soins et de services en matière de transition médicale pour ces jeunes.

[1] Notamment à des fins de contrôle, et de vérification, vos données de recherche pourraient être consultées par le personnel autorisé de l'UQO, conformément au *Règlement relatif à l'utilisation des ressources informatiques et des télécommunications.*

- Être majeur · e et parler français ou anglais.

Un délai maximal de trois ans sera accepté pour participer à cette recherche. Toute personne ayant eu des contacts avec la clientèle cible au-delà de ce délai se verra exclue de la recherche.

- ☐ Je réponds aux critères d'inclusion et d'exclusion de cette recherche et je consens à fournir des preuves de mon éligibilité dans le cas où elles me seraient demandées.
- ☐ Je ne réponds pas aux critères d'inclusion et d'exclusion de cette recherche.

Nom du·de la participant·e : _____ **Signature du·de la participant · e :** _____

Date : _____

CONSENTEMENT

Votre participation à ce projet de recherche se fait sur une base volontaire. Vous êtes entièrement libre de participer ou non, et de vous retirer en tout temps sans préjudice.

Il y a un risque minimal à participer à ce projet. La présence d'inconvénients liée à ce projet est aussi à prendre en considération (ex : la durée prévue de l'entrevue). Toutefois, la chercheure s'engage à mettre en œuvre les moyens nécessaires pour réduire le risque ou pallier aux inconvénients le cas échéant. Il n'y a pas de bénéfices particuliers pour la participation à ce projet outre le fait de contribuer à une meilleure compréhension des pratiques des professionnel · le · s auprès des jeunes trans et non-binaires en matière de fertilité et ce, vers le développement d'outils pour la pratique. Une compensation de 25$ sera accordée par personne participante à la suite de l'entrevue individuelle. Le montant sera transmis par virement Interac à l'aide du courriel de la personne. Le mot de passe pour accepter le virement sera transmis à la fin de l'entrevue.

Votre signature atteste que vous avez compris les renseignements concernant votre participation au projet de recherche et indique que vous acceptez d'y participer. Elle ne signifie pas que vous acceptez d'aliéner vos droits et de libérer les chercheur · e · s ou les responsables de leurs responsabilités juridiques ou professionnelles. Vous êtes libre de vous retirer en tout temps du projet de recherche sans préjudice. Votre participation devant être aussi éclairée que votre décision initiale de participer au projet, vous devez en connaître tous les tenants et aboutissants au cours du déroulement du projet de recherche. En conséquence, vous ne devrez jamais hésiter à demander des éclaircissements ou de nouveaux renseignements au cours du projet.

Après avoir pris connaissance des renseignements concernant ma participation à ce projet de recherche, j'appose ma signature signifiant que j'accepte librement d'y participer[2].

Nom du·de la participant·e : _____

Signature du·de la participant · e : _____

_____ Date : _____

Nom de la chercheure : _____

[2] Ce formulaire sera signé en deux exemplaires et lo participant · e en conservera une copie.

Date : _____ **Signature de la chercheure** :

_____

UTILISATION SECONDAIRE DES DONNÉES RECUEILLIES

Avec votre permission, nous aimerions conserver les données recueillies à la fin du présent projet pour d'autres activités de recherche, notamment dans le cadre de l'étude PRÉFER. La triangulation de l'ensemble des points de vue, soit ceux des jeunes, des parents et des professionnel · le · s psychosociaux · ales, sera particulièrement féconde pour proposer des pistes d'intervention novatrices et mieux adaptées aux besoins de cette clientèle.

Afin de préserver vos données personnelles et votre identité, les données seront anonymisées, c'est-à-dire qu'il ne sera plus possible à quiconque de pouvoir les relier à votre identité. Nous nous engageons à respecter les mêmes règles d'éthique que pour le présent projet.

Si vous acceptez, vos données seront conservées pour une période de 7 ans après la fin du présent projet et ensuite détruites. Il n'est pas nécessaire de consentir à ce volet pour participer à la présente recherche.

Acceptez-vous que vos données soient conservées pour une utilisation secondaire?

- ☐ Oui
- ☐ Non

RÉSULTATS DE LA RECHERCHE

Les résultats serviront à développer des outils pour les professionnel · le · s psychosociaux · ales au sujet de la préservation de la fertilité. La diffusion des résultats peut prendre la forme d'un article scientifique, d'un exposé ou encore de matériel numérique.

Désirez-vous obtenir un résumé des résultats de cette recherche?

- ☐ Oui, courriel pour l'envoi du résumé : _____
- ☐ Non

PRISE DE CONTACT POUR DES RECHERCHES FUTURES

Nous aimerions solliciter votre participation pour d'autres recherches futures concernant votre expertise auprès des jeunes trans et non-binaires. Votre acceptation ne signifie pas que vous accepterez de participer à une nouvelle recherche, mais bien que vous acceptez que nous communiquions avec vous pour vous inviter à y participer. Il n'est pas nécessaire de consentir à ce volet pour participer à la présente recherche.

Acceptez-vous que l'on communique avec vous en vue de solliciter votre participation pour d'autres recherches?

- ☐ Oui
  Courriel : _____
  Téléphone : _____
- ☐ Non

QUESTIONS

Pour toute question relative à l'étude, ou pour vous retirer de ce projet de recherche, veuillez communiquer avec la chercheure responsable, Thalie Pilon (elle/she), à l'adresse courriel suivante : [redacted]

Si vous avez des questions concernant les aspects éthiques, des plaintes ou des critiques sur ce projet, veuillez communiquer avec André Durivage, président du Comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec en Outaouais au numéro de téléphone suivant : [redacted] Il est aussi possible d'adresser un courriel au Comité d'éthique directement à l'adresse courriel suivante : **comite.ethique@uqo.ca**.

Annexe C : Questionnaire sociodémographique

Les questions suivantes ont pour but de dresser un portrait général des participant·x[6]·e·s. Aucune des réponses fournies ne servira à identifier une personne participant à l'étude et toutes les informations demeureront confidentielles.

1. **Âge** (au moment de l'entrevue) :

2. **Identité de genre**

   2.1. Dans vos mots, quelle est votre identité de genre principale en ce moment?

   2.2. Y a-t-il d'autres termes que vous utilisez pour vous identifier et avec lesquels vous êtes à l'aise? Si oui, lesquels?

   2.3. Quel sexe/genre vous a-t-on assigné·x·e à la naissance?
   - □ Masculin
   - □ Féminin

3. **Orientation sexuelle**

   3.1. Dans vos mots, quelle est votre orientation sexuelle?
   - □ Préfère ne pas répondre

4. Quelle est votre **langue** première?

5. Dans quelle(s) **ville(s)** habitez-vous?

6. **Adoption**[7]

   6.1. Avez-vous été adopté·e?
   - □ Oui
   - □ Non
   - □ Je préfère ne pas répondre

   6.2. Est-ce qu'une personne de votre famille est adoptée?
   - □ Oui
   - □ Non
   - □ Je préfère ne pas répondre

7. **Identité(s) ethnoculturelle(s)**

---

[6] « x » en référence aux personnes non-binaires.

[7] Des études soulignent le lien potentiel entre le fait d'être adopté·e ou d'avoir des parents qui le sont et le désir d'adopter dans le futur (Nahata et al., 2017; Chiniara et al., 2019; Harris et al., 2020).

7.1. Dans vos propres mots, quel(s) terme(s) utilisez-vous pour parler de votre identité ethnique, ethnoculturelle, nationale, raciale, ou autre?

7.2. Considérez-vous être une personne racisée?
- □ Oui
- □ Non

7.3. Si vous avez répondu oui, comment vous décrieriez-vous?
- □ Je préfère ne pas répondre

7.4. Dans vos mots, quelle est votre appartenance religieuse, le cas échéant?
- □ Je préfère ne pas répondre

8. **Scolarité**

8.1. Dernier niveau de scolarité complété (ne cocher qu'une seule réponse):
- □ Études primaires (6e année complétée)
- □ Diplôme d'études secondaires (DES)
- □ Diplôme d'études professionnelles (DEP)
- □ Diplôme d'études collégiales (DEC)
- □ Une année ou plus à l'université
- □ Baccalauréat (ex. : B.A.)
- □ Maîtrise (ex. : M.A.)
- □ Diplôme professionnel (ex. : M.D.)
- □ Doctorat ou Ph.D
- □ Autre : _____
- □ Je préfère ne pas répondre

8.2. Quelle est votre formation professionnelle (ex : nom du ou des programme(s) d'étude en intervention psychosociale)?:

9. **Occupation professionnelle**

9.1. Cochez ce qui s'applique pour vous :
- □ En emploi (temps plein)
- □ En emploi (temps partiel)
- □ Travail autonome
- □ Travail bénévole
- □ En recherche d'emploi
- □ En congé parental
- □ En arrêt de travail (congé de maladie)
- □ En année sabbatique
- □ En incapacité de travailler
- □ Aux études
- □ En stage professionnel
- □ À la retraite
- □ Autre : _____

 Je préfère ne pas répondre

9.2. Titre(s) d'emploi (s'il y a lieu) :

9.3. Nombre d'années d'expérience en intervention :

9.4. Nombre d'années d'expérience auprès des jeunes trans et non-binaires :

9.5. Milieu(x) de pratique actuel(s) (communautaire, scolaire, privé, centre jeunesse, etc.) :

9.6. Quelles sont les problématiques d'intervention que vous abordez au sein de votre ou vos milieu(x)?

9.7. Quel est le pourcentage de votre pratique qui est consacrée à l'intervention auprès d'une clientèle trans et non-binaires?

 Moins de 25%
 Entre 26 et 50%
 Entre 51 et 75%
 Plus de 76%
 Pratique exclusive

Annexe D : Affiche de recrutement

Personnes PROFESSIONNELLES & INTERVANTES PSYCHOSOCIALES RECHERCHÉES

Qui?

- Toute personne travaillant en relation d'aide auprès d'une clientèle trans et non-binaires de 14 à 25 ans.
- Être impliqué·e·s dans la trajectoire de soins et de services en matière de transition médicale pour ces jeunes.
- Être majeur·e et parler français ou anglais

Comment?

Vous êtes invité·e à prendre part à une entrevue individuelle d'une durée d'environ **1h30** qui sera enregistrée. Cette entrevue se fera sur la plateforme ZOOM.

Vous aurez à remplir un questionnaire sociodémographique en ligne de 5 minutes préalable à l'entrevue.

Compensation en argent de 25$ suite à l'entrevue.

Recrutement automne 2022
Pour en savoir plus sur le projet ou pour participer, communiquez à l'adresse courriel suivante :
[redacted]

Pour consulter la page Facebook de l'étude PRÉFER :
@preferjeunestrans

Étude PRÉFER
La préservation de la fertilité chez les jeunes trans et non-binaires au Québec

Ce projet de mémoire s'inscrit dans l'étude PRÉFER qui vise à recueillir la parole de jeunes et de parents pour mieux soutenir les familles, menée par le chercheur principal Kévin Lavoie, professeur adjoint à l'École de travail social et de criminologie de l'Université Laval.

L'étude PRÉFER est réalisée en partenariat avec l'organisme Jeunes identités créative / Gender Creative Kids (JIC-GCK) et le Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine, et s'inscrit dans la programmation de l'Équipe de recherche FRQ-SC sur les jeunes trans et leurs familles.

- Approbation éthique des CÉR de l'Université Laval (2020-413 A-1 / 28-06-2021) et de l'Université du Québec en Outaouais (#2021-1637).

Projet de mémoire

La présente recherche se penche sur les points de vue des professionnel·le·s et intervenant·e·s psychosociaux·ales qui œuvrent auprès des jeunes trans et non-binaires âgé·e·s entre 14 et 25 ans, en regard de leurs représentations de la fertilité de ces jeunes et ce, en tant que troisième perspective.

Ce projet est mené par Thalie Pilon, étudiante à la maîtrise en psychoéducation à l'Université du Québec en Outaouais, au campus de Saint-Jérôme, sous la direction d'Isabel Côté, professeure agrégée en travail social et titulaire de la Chaire de recherche du Canada sur la procréation pour autrui et les liens familiaux.

- Approbation du comité d'éthique de l'Université du Québec en Outaouais (#2022-2152)

UQO
UNIVERSITÉ DU QUÉBEC EN OUTAOUAIS

Annexe E : Scénarios lors de la prise de contact pour participer au projet

Scénario pour courriel

Titre : **Demande préalable diffusion affiche de recrutement et appel à la participation projet de recherche**

Bonjour,

Je m'appelle Thalie Pilon et je suis étudiante à la maîtrise en psychoéducation à l'Université du Québec en Outaouais (UQO). Dans le cadre de ma maîtrise, je documente les points de vue des professionnel·le·s et intervenant·e·s qui œuvrent auprès des jeunes trans et non-binaires âgé·e·s entre 14 et 25 ans. Je m'intéresse plus particulièrement à leurs représentations de la fertilité de ces jeunes. Ce projet s'insère dans l'étude PRÉFER[1] qui vise à recueillir la parole de jeunes et de parents pour mieux soutenir les familles en matière de fertilité. L'étude principale est menée par le Kévin Lavoie, professeur adjoint à l'École de travail social et de criminologie de l'Université Laval.

Je fais appel à votre organisme pour savoir si vous accepteriez de diffuser l'affiche de recrutement et l'appel à la participation de mon projet dans votre milieu une fois la certification éthique obtenue. J'ai d'ailleurs joint ces deux documents afin que vous puissiez en prendre connaissance préalablement. Lorsque mon projet sera approuvé, je communiquerai avec votre organisme à nouveau avec la version finale des documents à partager si vous y consentez en réponse à ce courriel. Le recrutement de participant·e·s s'effectuera au courant du printemps et été 2022.

Vous pouvez me joindre facilement via mon adresse courriel pour toute question ou renseignement supplémentaire sur mon projet.

J'attends de vos nouvelles,

Thalie Pilon (elle/she)
Auxiliaire de recherche (Université Laval)
Étudiante à la maîtrise en psychoéducation
Université du Québec en Outaouais
[redacted]

[1] L'étude Préfer a reçu l'approbation éthique des CÉR de l'Université Laval (2020-413 A-1 / 28-06-2021) et de l'UQO (#2021-1637).

Scénario pour les groupes Facebook (communication effectuée via l'application Messenger)

Bonjour,

Je me demandais si vous accepteriez de diffuser mon affiche de recrutement pour mon projet de mémoire une fois la certification éthique obtenue. Je suis présentement étudiante à la maîtrise en psychoéducation à l'Université du Québec en Outaouais (UQO) au campus de Saint-Jérôme. Mon mémoire vise à documenter les points de vue des professionnel·le·s et intervenant·e·s qui œuvrent auprès des jeunes trans et non-binaires âgé·e·s entre 14 et 25 ans, à propos de leurs représentations de la fertilité de ces jeunes. Mon projet s'insère dans l'étude PRÉFER (@preferjeunestrans) qui vise à recueillir la parole de jeunes et de parents pour mieux soutenir les familles en matière de fertilité. Pour plus d'informations, je joins aussi à ce message l'appel à la participation de mon projet.

Merci beaucoup!

Scénarios pour téléphone

Bonjour,

Je vous remercie de l'intérêt pour mon projet de recherche. Je me présente : je suis étudiante à la maîtrise en psychoéducation à l'Université du Québec en Outaouais (UQO) au campus de Saint-Jérôme. Mon mémoire vise à documenter les points de vue des professionnel·le·s et intervenant·e·s qui œuvrent auprès des jeunes trans et non-binaires âgé·e·s entre 14 et 25 ans. Je m'intéresse plus particulièrement à leurs représentations de la fertilité de ces jeunes.

Mon projet s'insère dans l'étude PRÉFER qui vise à recueillir la parole de jeunes et de parents pour mieux soutenir les familles en matière de fertilité. Cette étude est dirigée par le professeur Kévin Lavoie et regroupe plusieurs chercheureuses qui s'intéressent au vécu des personnes des communautés. Je suis auxiliaire dans cette équipe de recherche depuis le début du projet.

J'ai quelques questions à vous poser concernant votre emploi, afin de vérifier si vous êtes admissible à participer à l'étude :

- Dans quel domaine travaillez-vous?
- Depuis combien de temps travaillez-vous auprès des jeunes trans et non-binaires?
- Connaissez-vous un peu la préservation de la fertilité? Abordez-vous la fertilité dans le cadre de vos fonctions?

(Si la personne n'intervient pas dans ce champ d'activité ou que la personne n'a pas l'année d'expérience exigée ou n'a pas été en contact avec la clientèle cible dans les trois dernières années dans le cadre de son emploi)

Je vous remercie beaucoup du temps et de l'intérêt que vous avez manifesté à l'égard de mon projet de recherche. Comme vous n'intervenez pas spécifiquement auprès des jeunes trans ou non-binaires ou encore, comme vous ne traitez pas des enjeux de fertilité dans le cadre de vos fonctions,

vous ne pouvez malheureusement pas participer à l'étude. Je vous remercie beaucoup de votre temps.

(Fin de l'appel)

(Si la personne intervient dans ce champ d'activité, a l'année d'expérience auprès de la clientèle dans les trois dernières années)

Vous aurez d'abord un formulaire de consentement à lire et à signer, ainsi qu'à compléter un court questionnaire sociodémographique d'environ 5 minutes. Ces deux documents devront être complétés avant l'entrevue. Je vous ferai parvenir deux liens qui vous mèneront aux deux documents (2 liens LimeSurvey, en même temps que le lien pour l'invitation à l'entrevue individuelle).

En ce qui concerne l'entrevue, quelles sont vos disponibilités dans les prochains jours pour un rendez-vous via la plateforme Zoom? L'entrevue devrait durer environ 1h30. Pourrais-je avoir votre courriel pour vous envoyer les trois liens?

Je vous ferai parvenir les liens après la fin de notre appel. Je vous enverrai un rappel la veille de notre rendez-vous. Avez-vous des questions? Je vous remercie énormément de votre intérêt pour mon projet de recherche.

Merci et bonne fin de journée.
(Fin de l'appel)

Scénario pour courriel de confirmation

Titre : Participation projet de recherche

Bonjour (nom de la personne),

Tel que convenu, je vous envoie 3 liens.

1- Lien pour le formulaire de consentement qui doit être complété d'ici l'entrevue : https://sondages.uqo.ca/index.php/312759?lang=fr
2- Lien pour le questionnaire sociodémographique de 5 minutes :
   (Version française) https://sondages.uqo.ca/index.php/749481?lang=fr
   (Version anglaise) https://sondages.uqo.ca/index.php/749481?lang=en
3- Lien pour la rencontre Zoom qui aura lieu le (date) : https://ulaval.zoom.us/j/6312020921

Si jamais vous avez des questions, n'hésitez pas à communiquer avec moi. Merci de votre intérêt à participer à ce projet.

Thalie Pilon (elle/she)
Auxiliaire de recherche (Université Laval)
Étudiante à la maîtrise en psychoéducation
Université du Québec en Outaouais
[redacted]

Annexe F : Arbre thématique

Thème et sous-thèmes	Sous-sous thèmes	Description et précision	Exemples de verbatims et condensés
1. Projet de recherche			
1.1 Connaissance de l'étude	1.1.1 Facebook	La personne a vu une publication dans un groupe Facebook.	Dans le fond, j'ai vu une affiche, mais web sur, si je ne me trompe pas, c'était « Réseau socioprofessionnel sexologie » qui est un groupe Facebook où il y a beaucoup de sexologues, donc c'est ça. (Sarah, sexologue psychothérapeute)
	1.1.2 Par un·e membre du projet Préfer	Contact d'un·e des membres du projet.	Donc c'est [nom du médecin], un médecin en médecine de l'adolescence avec qui je travaille à la clinique de diversité de genre qui m'a recommandé. Il m'a montré un peu c'est quoi le projet et si on voulait participer. (Chloé, travailleuse sociale)
	1.1.3 Autres		
1.2 Motivations à la participation au projet		Raisons pour lesquelles la personne a décidé de participer.	Je trouve que c'est une belle initiative parce qu'on n'en entend pas beaucoup parler. C'est comme deux intersectionnalités, l'enjeu de la fertilité… En fait, quand on n'a pas le privilège d'avoir « une fertilité fonctionnelle / normale », puis le fait de ne pas être cisgenre ou d'être non-binaire par exemple. (Sarah, sexologue psychothérapeute)

1.3 Retombées souhaitées		Ce que souhaite la personne en termes de retombées du projet.	Je disais « Ah crime, ça serait le *fun* que le Québec, on soit comme un peu des pionniers là-dedans, parce que de plus en plus au Québec avec… Je pense que dans le temps, c'était l'Hôpital général juif, c'est eux qui avaient mis de l'avant des données par rapport à ça ou les personnes trans. À Sainte-Justine aussi. (Sarah, sexologue psychothérapeute)
2. Description de la clientèle			
2.1 Définition des concepts	2.1.1 Définition d'une personne trans	Définition personnelle de ce qu'est une personne trans.	Oui, c'est une personne qui était assignée avec un sexe, mais qui dans la réalité ne s'associe pas nécessairement à son sexe assigné à la naissance. Ça peut être au niveau comme elle se perçoit, comment elle se sent, comment elle veut être vue par les autres. (Adrianna, sexologue psychothérapeute)
	2.1.2 Définition d'une personne non-binaire	Définition personnelle de ce qu'est une personne non-binaire.	C'est une personne qui se retrouve dans une espèce de parapluie comme on parle souvent [rires], j'aime bien l'image. C'est justement quelqu'un qui a été assigné à la naissance d'une certaine façon, mais qui ne va pas nécessairement s'identifier avec ces gens-là d'emblée. Ça peut être très fluctuant, ça peut dépendre des jours. (Adrianna, sexologue psychothérapeute)

2.2 Jeunes trans et non-binaires Ce qui concerne autant les jeunes trans que les jeunes non-binaires. Peut être codé avec enjeux du milieu.	2.2.1 Genre	Le genre assigné à la naissance ou l'identité de genre des jeunes.	Puis pour ce qui est de quand iels veulent une chirurgie d'affirmation, j'ai beaucoup, beaucoup, beaucoup plus de gars trans ou de personnes transmasculines qui viennent me voir. (Rose-Eva, psychologue)
	2.2.2 Âge	Âge des jeunes.	Au niveau de l'âge, ça va de la personne la plus jeune que j'ai vue à 13 ans jusqu'à quelqu'un de 70 ans. Donc c'est assez vaste l'âge. (Rose-Eva, psychologue)
	2.2.3 Statut socioéconomique	Information sur le revenu des jeunes et de leur famille, types d'emploi occupé, etc.	Je dirais, même les gens qui viennent me voir en ce moment dans ma pratique privée, ça coûte au-dessus d'une centaine de dollars. Ça reste des gens qui ont un statut socioéconomique convenable. (Sarah, sexologue psychothérapeute)
	2.2.4 Motifs de consultation	Motifs pour lesquelles les jeunes viennent consulter la personne.	On fait beaucoup de suivis au niveau psychologique. À ce moment-là, on va beaucoup travailler au niveau de l'anxiété, anxiété sociale, dysphorie, souffrance, questionnements aussi. Beaucoup ont besoin d'explorer au niveau de l'identité, déconstruire les genres, beaucoup d'attentes aussi face au corps. (Hugo, psychologue)
	2.2.5 Ethnicité	Incluant la culture, la religion, minorités visibles, langue(s) parlée(s), etc.	Sinon, je dirais que j'ai pas mal vu de tout, mais généralement je pense que ça fait, excluant justement la communauté noire, je dirais que ça fait une bonne représentation de la société. C'est sûr qu'il y a plus de québécois, mais il a des Arabes, des

			personnes asiatiques, mais c'est vrai que je n'avais jamais pensé ça [rires]. (Chloé, travailleuse sociale)
	2.2.6 TSA	Jeunes qui ont aussi un TSA.	Ah oui l'autre mot-clé que je dirais aussi c'est beaucoup autisme, le spectre de l'autisme. Je dirais que c'est quand même assez fréquent aussi, les gens qui sont sur le spectre de l'autisme ou que je soupçonne être sur le spectre de l'autisme et à qui j'ai recommandé d'aller, au besoin, s'ils avaient besoin de clarifier les différences. (Rose-Eva, psychologue)
	2.2.7 Autres		
3. Milieux et tâches professionnels De manière générale et qui n'est pas en lien avec la préservation de la fertilité.			
3.1 Fonctionnement de référencement	3.1.1 Bouche-à-oreille	La personne est recommandée par le bouche-à-oreille	Mais oui, c'est beaucoup par le bouche à oreilles, vraiment que les gens arrivent à s'organiser pour trouver des services. (Hugo, psychologue)
	3.1.2 Organismes ou autres organisations	La personne est recommandée par des organismes communautaires, des organisations, des associations et autres, notamment par leur sites internet et page sur les réseaux sociaux.	Dans le fond, on est… Au niveau Canada… Jeunes Transgenres Canada? Non, créatifs dans leur genre? On a l'institut de Françoise Susset aussi que sur son site web, on est inscrit. On est inscrit… Ici, c'est beaucoup Trans Outaouais à Gatineau, donc notre nom apparaît. (Hugo, psychologue)

	3.1.3 Professionnel·le·s		La personne est recommandée par d'autres professionnel·le·s, du milieu biomédical ou psychosocial.	Les médecins, les médecins me réfèrent beaucoup. (Adrianna, sexologue psychothérapeute)
	3.1.4 Autres			
3.2 Tâches et activités professionnelles Peut être codé avec enjeux du milieu.	3.2.1 Contacts directs avec les jeunes trans et non-binaires		Type de suivi offert par la personne. Contexte dans lequel la personne côtoie les jeunes.	Je suis psychologue en milieu privé. En ce moment, ça correspond à peu près à 100% de ma pratique qui est en ligne, depuis le début de la pandémie jusqu'à maintenant. (Rose-Eva, psychologue)
	3.2.2 Contacts avec la famille		Présence ou absence de contacts dans le cadre du suivi avec le ou la jeune.	C'est surtout individuel. Familiaux j'en voyais quand je voyais des moins de 18 ans, mais la vôtre projet jusqu'à 25, puis à partir de 18, je ne rencontre plus vraiment la famille, sauf si c'était nécessaire. (Rose-Eva, psychologue)
	3.2.3 Contacts avec les partenaires	3.2.3.1 Santé et services sociaux – biomédicale	Qui inclut médecins, endocrinologues, cliniques médicales, etc.	Oui. Et je n'hésite pas disons à contacter un médecin si j'ai l'impression qu'il y a une situation urgente […] « Là, cette personne-là prend ses hormones sur le marché noir. Il faudrait absolument la voir le plus vite possible parce que je suis inquiète pour ce qu'elle consomme comme hormones et ça fait plus qu'un an qu'elle attend », c'est non. (Rose-Eva, psychologue)
		3.2.3.2	Qui inclut la psychologie, travail social, sexologie,	SI j'ai une personne qui veut briser la solitude, j'essaie de voir quel organisme concorderait le plus avec la personne. J'ai

		Santé et services sociaux – psychosocial	DPJ, organismes communautaires, etc.	des contacts dans plein d'organismes, dans le sens que je les connais. **Puis ces organismes-là auxquels vous référez, ça serait lesquels?** Trans Estrie, ATQ, Projet dix. (Rose-Eva, psychologue)
		3.2.3.3 Milieu scolaire	Contacts avec le milieu scolaire.	À partir de 2020, mon poste a un peu changé au [nom de l'organisme communautaire], je suis devenu plus responsable des formations, vraiment aller former tout professionnel, beaucoup les milieux scolaires, veut, veut pas avec mon bagage comme ancien enseignant, j'étais quand même bien accueilli. (Ianik, intervenant communautaire)
		3.2.3.4 Travail multidisciplinaire ou interdisciplinaire	Lorsque la personne mentionne le travail multidisciplinaire, interdisciplinaire ou un travail de collaboration entre différents types de professionnel·le·s.	Par exemple, je suis individuellement les parents, la psychologue va suivre individuellement peut-être le jeune, puis éventuellement on pourrait faire des interventions conjointes aussi. Ça aussi c'est possible de notre côté. (Chloé, travailleuse sociale)
		3.2.3.5 Autres		
	3.2.3.5 Autres			
3.3 Durée du suivi			Nombres de rencontres possibles, type de suivi en termes de temps.	Je dirais qu'en moyenne, c'est plus comme, tout dépendant. J'aime bien faire des rencontres au mois, genre une fois par mois, pour parler, pour aborder, ouvrir la conversation sur le sujet. Pas juste sur la

			fertilité, mais sur tous les enjeux. Une fois par mois, ça fonctionne bien. Il y en a que je fais aux deux semaines. (Chloé, travailleuse sociale)
3.4 Honoraires		Prix demandé par la personne pour ses services au privé.	On est à 160$, puis ça va tomber à 170$ en janvier. Ça fait que justement, ce n'est pas accessible pour des personnes sur l'aide sociale admettons. (Hugo, psychologue)
3.5 Enjeux du milieu		Enjeux spécifiques du milieu ou enjeux vécus au sein de la pratique de la personne. Peut être codé avec les caractéristiques de la clientèle.	On se dit 17 ans en ce moment, parce qu'étant donné nos délais d'attente, si quelqu'un de 17 ans six mois met une demande de référence pour commencer un suivi à [centre hospitalier] aujourd'hui, ne va pas être vu avant ses 18 ans six mois peut-être. Rendu là ça va être rendu au premier rendez-vous, « On annule, parce que t'es rendu·e à 18 ans ». (Chloé, travailleuse sociale)
4. Approches d'intervention, cadres de référence et sources d'informations			
4.1 Approches	4.1.1 Approche transaffirmative	Approche nommée par la personne.	Transaffirmative avec l'approche de consentement aux soins. Il y a eu beaucoup de débats entourant que c'est d'encourager la personne à faire la transition, mais pas du tout, c'est de suivre la personne. Ça fait que je dirais transaffirmative. (Hugo, psychologue)
	4.1.2 Autres	Tout autre approche, excluant celle sur le consentement aux soins.	C'est sûr que moi comme psychologue, s'il y a des choses reliées à tout ça, comme de l'anxiété, des traumas, moi je fais de la

			thérapie cognitive comportementale. […] Il y a un peu l'aspect systémique, approche systémique, même si je n'ai pas nécessairement été formé là-dedans. Mais quand on parle de thérapie familiale, c'est beaucoup ça. (Hugo, psychologue)
4.2 Cadres de référence	4.2.1 WPATH		Non, je dirais que c'est sûr que j'intègre un peu le WPATH, surtout quand j'écris des lettres pour le GRS, parce que c'est leur demande. (Rose-Eva, psychologue)
	4.2.2 Cadre de déontologie	Cadre de déontologie lié à la profession.	Mais moi j'ai un ordre professionnel, qui me dit que ce n'est pas assez rigoureux. Ça fait que je suis obligée d'avoir ce cadre de référence là, qui est mon code de déontologie, qui est les exigences d'évaluation telles que j'ai été formée. (Rose-Eva, psychologue)
	4.2.3 Autres		
4.3 Sources d'informations Sources générales sur la pratique auprès de la clientèle	4.3.1 Formations spécifiques	Formations spécifiques, notamment celle de Françoise Susset.	Moi, j'ai été formé avec Françoise Susset. [??? 0 :30 :15] toute la formation de l'institut. (Hugo, psychologue)
	4.3.2 Guide maison	Guide, brochure ou document fait par la personne ou par un organisme.	Moi j'ai un gros Google Drive d'outils qui a tous les guides, patentes, produits par les organismes. J'essaie de tout mettre ça là. Quand je vais former, je donne accès aux gens à ça. (Ianik, intervenant communautaire)
	4.3.3 Livres		J'essaie d'être toujours le plus à jour possible, le fameux petit livre d'Annie

			Pullen Sansfaçon, qui est ma petite bible aussi, que je *plug* tout le temps. (Ianik, intervenant communautaire)
	4.3.4 Sites Web	Incluant les réseaux sociaux aussi.	C'est un super beau site web qui a été fait au niveau québécois par des gens, je pense, de l'Estrie. **Transitionner.info?** Oui! Oui, c'est super bon, j'aime vraiment ça. C'est vraiment super bien fait, ça fait que j'encourage beaucoup ça aussi. (Hugo, psychologue)
	4.3.5 Autres		
5. Processus de la préservation de la fertilité			
5.1 Définition de la préservation de la fertilité		Définition personnelle de ce qu'est la préservation de la fertilité, par rapport aux procédures et non les enjeux qui y sont reliés	Moi je dirais que c'est tout ce qui est de préserver les fonctions de procréation, donc tout ce qui est peut-être… Ma bio est loin, mais les gamètes, les ovules, les spermatozoïdes. (Hugo, psychologue)
5.2 Réactions	5.2.1 Des jeunes	Réactions immédiates, attitudes, points de vue des jeunes sur la préservation de la fertilité selon la personne. Peut être codé avec scénarios de discussions.	Des fois, c'est juste que c'est la première fois qu'on en parle. C'est la première fois, ils ne connaissent pas nécessairement le sujet. C'est la première fois qu'ils y pensent nécessairement. (Chloé, travailleuse sociale)
	5.2.2 Des parents et membres de la famille	Réactions immédiates, attitudes, points de vue des parents ou des membres de la famille sur la préservation de la fertilité	Il y a une pression au niveau de la parentalité chez les femmes assignées à la naissance, il y a le rôle de la mère… Je pense qu'il y a quelque chose à ce niveau-là, parce qu'en en parlant, je remarque que les

		selon la personne. Peut être codé avec scénarios de discussions.	parents vont être plus sensibles à ça avec les hommes trans. (Hugo, psychologue)
	5.2.3 Autres		
5.3 Sources d'informations de la préservation de la fertilité De la personne répondante.	5.3.1 Vécu personnel	La personne a pris connaissance du sujet à travers son vécu personnel.	Je suis dans la quarantaine, mais quand j'avais vingt ans, les gens autour de moi qui ont fait des exercices, ou même 19, 20 ans qui ont fait de la préservation de la fertilité. Des gens autour de moi, je me souviens à 18 ans, il y avait quelqu'un autour de moi qui faisait des dons de sperme, de ses gamètes. (Rose-Eva, psychologue)
	5.3.2 Parcours professionnel	La personne a pris connaissance du sujet à travers son vécu professionnel, incluant la formation continue, les contacts avec d'autres professionnel·le·s, au sein de son milieu, etc.	Bien fait avec les médecins de ma clinique. Donc autant les endocrinologues que les pédiatres en médecine à l'adolescence. (Chloé, travailleuse sociale)
	5.3.3 Autres		
5.4 Présence de jeunes qui ont préservé	5.4.1 Oui	Jeunes qui ont préservé selon la personne, en incluant les explications s'il y a lieu.	Je n'ai pas beaucoup de suivi après la lettre. Bien souvent, je ne sais pas ce qu'ils ont fait. Il y en a peut-être deux que je me souviens qui m'ont dit « Ah, je suis allé·e », « Ok, parfait », et ça s'est arrêté là. (David, travailleur social)
	5.4.2 Non	Jeunes qui n'ont pas préservé selon la personne,	Honnêtement, en ce moment, je pourrais dire que je n'ai jamais eu aucun jeune qui a

		en incluant les explications s'il y a lieu.	voulu en avoir, aucun, aucun, aucun. Ça fait au moins 6 ans, comme que je travaille avec des ados, puis des adultes la même chose. Certains ont déjà eu leurs enfants, mais c'est ça. (Hugo, psychologue)
	5.4.3 Ne le sais pas	La personne ne le sait pas, incluant les explications s'il y a lieu.	Je n'en ai pas entendu parlé… [pause], mais regarde bien ça, parce qu'on s'en parle aujourd'hui, regarde bien mon activité dans trois semaines, je vais avoir deux ou trois personnes qui vont me poser ces questions-là, c'est sûr, c'est tout le temps ça [rires]. (Simon, intervenant communautaire)
	5.4.4 Autres		
5.5 Enjeux reliés à la préservation Peut être codé avec les scénarios de discussions (donc d'aborder les enjeux).	5.5.1 Peu d'informations	Peu d'informations sur le sujet, manque de connaissances, difficulté ou complexité d'accès aux informations.	Je ne sais pas, je pense que c'est un manque d'information peut-être sur le sujet. Nous, oui c'est sûr qu'on en parle, mais souvent on est les premières personnes à en parler. (Chloé, travailleuse sociale)
	5.5.2 Accessibilité physique des services	Présence ou absence de services à proximité, dans les grands centres et ailleurs au Québec, incluant les déplacements que cela peut impliquer.	Là j'allais oublier cet obstacle-là, ça c'est mon côté « montréalocentrique », mais je peux imaginer quelqu'un au Saguenay-Lac-Saint-Jean qui a 16 ans, ça doit être un petit peu plus complexe que Montréal. (Rose-Eva, psychologue)
	5.5.3 Coûts (toute personne qui mentionne les coûts, même si l'information n'est pas à jour)	Tous les types de coûts, même si l'information n'est pas à jour.	L'argent, c'est le principal, parce qu'effectivement le prélèvement coûte cher. La conservation n'est pas si chère, mais ça coûte quelque chose. Donc quand tu travailles chez Dollarama au salaire

			minimum, ce n'est peut-être pas la priorité, surtout avec le coût des logements. Quand tu as à choisir entre préserver ton ovule ou manger, souvent l'ovule va prendre le bord. C'est pour ça que je pense que c'est l'un des principaux obstacles. (David, travailleur social)
	5.5.4 Option d'avoir des enfants	La préservation de la fertilité permet d'avoir l'option d'une parentalité biologique. Elle ne garantit pas l'utilisation réussie des gamètes dans le futur pour la conception d'un·e enfant.	C'est d'au moins leur permettre d'avoir toutes leurs options ouvertes quand ils vont avoir un futur, que ce soit pour lui ou leur futur conjoint, conjointe, partenaire, peu importe. (Chloé, travailleuse sociale)
	5.5.5 Notion de regret ou de deuil	Anticipation de regrets possibles. Avoir entendu des personnes regretter de ne pas l'avoir fait ou d'avoir dû faire un deuil.	J'ai eu affaire à deux personnes qui ont fait des mini deuils en cours de thérapie avec moi. C'étaient des gens qui étaient avancés, qui avaient des chirurgies, qui avaient fait des affirmations de genre plus avancées, qui ne pouvaient plus vraiment revenir en arrière, puis elles ont juste dit « J'aurais peut-être aimé ça ». (Rose-Eva, psychologue)
	5.5.6 Âge et trajectoire développementale (incluant le futur qu'on ne connaît pas, jeunes, difficulté à se projeter)	L'âge a un impact sur la compréhension du ou de la jeune sur le sujet, iels ne seraient pas rendu·e·s là dans leur développement,	Ce n'est un jugement contre les personnes qui sont plus jeunes, aucunement, mais souvent les jeunes ne sont pas rendu·e·s là. On peut espérer ou on peut dire que quand on est jeune, on veut… Mais souvent quand

			incluant une difficulté à se projeter. Présence d'autres priorités en fonction d'où iels sont rendu·e·s dans leur parcours.	on est en bas de quatorze ans, c'est dur à dire si on veut vraiment un enfant ou pas plus tard, et ça c'est directement lié à la fertilité. (Chloé, travailleuse sociale)
	5.5.7 Milieu non inclusif		Milieux qui ne sont pas inclusifs à la diversité, pratiques genrées et attitudes transphobes, etc.	Pas juste ça, c'est que ça amène aussi d'aller dans certains services que t'arrives, je ne sais pas comment ça se passe dans des cliniques, mais tu arrives chez le gynécologue, puis en principe tu es super affirmé·e dans ton identité d'homme trans, mais la salle d'attente là, la plupart des personnes qui vont être là, ça va être des femmes. Il y a le regard, il y a tout ça. (Hugo, psychologue)
	5.5.8 Dysphorie de genre ou souffrance	5.5.8.1 Présente	Dysphorie ou souffrance qui sont vécues par le jeune présentement, incluant le sentiment d'urgence. Peut être codé avec âge et trajectoire développementale.	Je travaille moins en accompagnement de transition, mais l'urgence c'était d'avoir un lien harmonique avec les parents. Donc de travailler un petit peu à la relation avec leurs parents, l'affirmation de soi, de gérer des situations comme difficulté d'aller à l'école ou de de s'affirmer. (Rose-Eva, psychologue)
		5.5.8.2 Potentielle	Dysphorie ou souffrance qui pourraient être engendrées par les procédures liées à la préservation.	Et ça peut aussi être beaucoup plus souffrant pour les personnes qui se diraient, « Je veux avoir des enfants », « Il faut préserver le sperme, mais il va falloir arrêter, parce que là il va y avoir une mini ménopause. Il va y avoir une repousse peut-

			être ou un recul peut-être de l'affirmation physiologique ». (Rose-Eva, psychologue)
	5.5.9 Gatekeeping	Pratiques qui limitent l'accès à des services ou processus.	Puis dans une perspective, j'irais aussi dans le côté qu'on est toujours partagé entre le côté *gatekeeper*. Il faut vraiment faire attention à ça. Et puis très souvent, les adultes autour d'eux vont amener des éléments comme ça, comme la procréation, comme « Tu ne peux pas savoir plus tard qu'est-ce que tu veux? ». À ce moment-là, moi comme adulte, je vais me positionner en haut de toi pour savoir ce qui est bon pour toi. (Hugo, psychologue)
	5.5.10 Biais personnels	Biais ou remises en question de la personne quant à certaines pratiques, excluant le *gatekeeping*.	C'est qu'il y a comme un côté qu'on est beaucoup dans la peur que les jeunes fassent des erreurs. Même si faire des erreurs, on n'en faisait pas tous à un certain niveau, faire un tatouage, faire des… C'est sûr qu'on ne parle pas du même niveau dans le processus, comme des chirurgies, des choses comme ça, mais on a tellement peur. (Hugo, psychologue)
	5.5.11 Délais des services	Délais que peut rencontrer le ou la jeune, autant dans le fait d'être retardé·e dans son processus d'affirmation de genre en effectuant la préservation	Mais je sais que c'est souvent de l'indifférence, puis un besoin de rapidement commencer par les hormones. Ça fait que des fois ça va venir ralentir leur processus. (Hugo, psychologue)

		de sa fertilité que de vivre des délais pour préserver.	
	5.5.12 Adoption	Peut être codé avec les réactions des jeunes. Lorsque l'adoption est mentionnée comme méthode vers la parentalité, ainsi que les défis que peuvent rencontrer les personnes trans et non-binaires dans un processus d'adoption.	« Ok, mais si tu vas par l'adoption, tu sais comment ça fonctionne au Québec? C'est l'adoption de la DPJ en banque mixte. Ça veut dire des fois que ce sont des enfants que t'es une famille d'accueil au début. As-tu pensé à ça? As-tu conçu cette idée-là? ». Ou des fois l'adoption, ils pensent à l'adoption internationale, mais l'adoption internationale en ce moment […] C'est un peu de déconstruire les mythes face à ça. (Hugo, psychologue)
	5.5.13 Opinions divergentes entre le ou la jeune et sa famille	Présence ou absence d'opinons divergentes entre le ou la jeune et la famille, incluant les conflits possibles et la résolution de ceux-ci s'il y a lieu.	Des fois, j'ai l'impression que l'inverse pourrait se faire. Les parents pourraient être une barrière à vouloir aller vers un processus, même si le jeune ne veut pas, je sens la pression des parents. Je n'ai jamais eu un parent qui a mis des bâtons dans les roues, mais j'ai vu des parents mettre beaucoup de pression à des jeunes pour être prêts (Hugo, psychologue)
	5.5.14 Configurations conjugales et familiales futures	Les configurations conjugales et familiales futures des jeunes qui peuvent avoir un impact sur la position du ou de la jeune quant à la préservation de la fertilité.	Mais en même temps, on va dire si c'est une personne assignée femme à la naissance, qui est un homme, qui est attiré envers les femmes, puis on veut avoir un enfant biologique, bien c'est sûr qu'il manque un facteur, un peu, il manque un peu, le sperme

			ou quoi que ce soit. (Chloé, travailleuse sociale)
	5.5.15 Impacts des traitements liés au processus d'affirmation de genre	Impacts des bloqueurs, de l'hormonothérapie et des chirurgies, réversibilité ou irréversibilité de certains changements liés aux traitements.	La seule chirurgie, qui en ce moment est autorisée avant 18 ans, c'est la chirurgie torse à partir de 16 ans, 15 avec exception. Sinon le reste, c'est 18 ans. Les bloqueurs d'hormones qu'ils donnent pour la plupart sont réversibles au besoin. (Rose-Eva, psychologue)
	5.5.16 Autres		
6. Pratique et rôle professionnels en lien avec la préservation de la fertilité			
6.1 Aisance		Aisance de la personne à discuter de la préservation de la fertilité auprès des jeunes et de leur famille.	5 sur 10 [rires]. Je trouve que je n'ai pas assez de connaissances. Puis ce n'est pas mon expertise, je ne peux pas non plus… Si j'avais un appui écrit, qui disait « Voici ce que tu as à dire », serait ça vraiment facile. (David, travailleur social)
6.2 Moments pour l'aborder Peut être codé avec les impacts des traitements liés au processus d'affirmation de genre.	6.2.1 Avant les bloqueurs d'hormones	Aborder la préservation de la fertilité avant que le ou la jeune entame les bloqueurs d'hormones.	Ça dépend l'âge du jeune, mais même si le jeune va prendre des bloqueurs, « Regarde, tu es un enfant encore, mais il faut qu'on en parle », ça fait partie du processus de qu'est-ce qu'il faut aller questionner. Puis justement, on va parler de l'envie de plus tard être parent. (Adrianna, sexologue psychothérapeute)
	6.2.2 Avant l'hormonothérapie	Aborder la préservation de la fertilité avant que le ou la jeune entame l'hormonothérapie.	Dans le fond, dans l'approche de consentement aux soins, c'est souvent… Moi je l'aborde beaucoup quand ils veulent avoir des lettres de soutien pour

			l'hormonothérapie, puis les chirurgies. J'aborde ça avec eux pas mal à la deuxième, troisième rencontre. (Hugo, psychologue)
	6.2.3 Avant les chirurgies	Aborder la préservation de la fertilité avant que le ou la jeune effectue des chirurgies génitales exclusivement.	Les fois où je peux l'aborder, c'est quand on parle de lettres pour avoir accès à une chirurgie. Je leur rappelle tout simplement, et là c'est pour les chirurgies génitales, surtout pour les personnes assignées garçons à la naissance, que ça peut-être une idée. (Rose-Eva, psychologue)
	6.2.4 Autres		
6.3 Savoir-faire	6.3.1 Scénarios de discussions	Façon de faire pour aborder le sujet auprès d'un·e jeune trans ou non-binaire. Cela inclut le soutien aux questionnements des jeunes et des familles et le fait de générer les réflexions. Peut être codé avec les réactions des jeunes et des familles, ainsi qu'avec les enjeux liés à la préservation de la fertilité.	« Voici les prochaines étapes. Dans ta vie, ça se pourrait que tu veuilles fonder une famille, bien saches qu'il existe des possibilités à ce moment-là. Ça se pourrait que… ». Donc ce *timing* entre, je dirais la crise, la réflexion identitaire et le début des démarches plutôt médicales qui pourraient affecter la fertilité, cette espèce de petit espace-là, c'est peut-être le moment où de façon bienveillante, sans dire à la personne « Là tu vas regretter plus tard! ». Non, c'est juste comme une possibilité. (Rose-Eva, psychologue)
	6.3.2 Consentement libre et éclairé	Autant en tant qu'obligation professionnelle que comme approche.	Je me dis que j'ai une responsabilité comme professionnelle de leur rappeler que ça existe quand vraiment l'enjeu, c'est ça. C'est-à-dire que si, vraiment l'enjeu, c'est

			que « J'ai besoin d'une lettre pour une chirurgie qui va me rendre entre guillemets stérile après », je me dis consentement éclairé, parce qu'ils sont tellement de choses en tête que je vais leur en parler. (Rose-Eva, psychologue)
	6.3.3 Spécificité du champ de pratique	Qui relève uniquement de la profession de la personne.	Mais je pense que dans la pratique psychoéducative, ça fait partie de tout... Je reviens très scolaire, mais ça revient à un déséquilibre vécu, puis on va vouloir voir comment on peut s'adapter à la situation, quelles sont les forces du jeune, comment on peut faire face à ce défi-là qu'il rencontre. (Joanie, psychoéducatrice)
	6.3.4 Intensité et durée du suivi	Suivis souvent plus longs et plus en profondeur. Cela inclut les comparaisons avec les suivis médicaux. Peut être codé avec lien thérapeutique.	Les médecins, c'est plus aux quatre à six mois les rencontres, deux mois plus en médecine de l'adolescence, mais ce sont quand même des suivis qui sont espacés. Tandis que nous, entre-temps, entre les rencontres avec les médecins, on peut avoir d'autres rencontres, on peut s'assurer du suivi avec les autres professionnel·les. (Chloé, travailleuse sociale)
	6.3.5 Autres		
6.4 Savoir-être	6.4.1 Lien thérapeutique	Lien qui se crée entre la personne et sa clientèle. Peut être codé avec intensité et durée du suivi.	Puis à cause qu'on a un lien beaucoup plus rapproché avec le jeune, on est plus capable d'aborder ces sujets-là, je crois que le médecin de famille. (Hugo, psychologue)

	6.4.2 Attitude	Bienveillance, accueil, ouverture, sans jugement, etc.	À ce moment-là, c'est sûr effectivement sensibiliser sur la façon de l'aborder, pour que ce soit fait avec bienveillance et non pas… voilà. (Rose-Eva, psychologue)
	6.4.3 Autres		
6.5 Perception du domaine médical Façon dont la personne perçoit le milieu médical ou ses contacts avec le milieu médical en lien avec la préservation de la fertilité.	6.5.1 Limites des rôles	Nomme la limite entre les types de professionnel·le·s, ce qui appartient ou pas à chaque personne. Cela inclut le fait de référer à d'autres professionnel·le·s du milieu médical.	Ce n'est pas ma spécialité, autant que peut-être le médecin qui a des conseils, des connaissances, au niveau médical. En même temps, avec son cinq minutes ou son sept minutes en moyenne par consulte, il y a peut-être des chances que le jeune n'en parle jamais. Il y a bien des affaires que je sais que moi, il faut que j'aborde avec le jeune, qu'un endocrinologue, qu'un médecin de famille n'abordera pas avec lui. (Hugo, psychologue)
	6.5.2 Malaise d'aborder des aspects médicaux	Peur ou malaise exprimé de parler d'aspects médicaux et d'outrepasser son champ de compétence.	Une partie avec laquelle je suis mal à l'aise dans le sens que pour ce qui est des impacts de l'hormonothérapie ou des chirurgies sur la fertilité future, ça honnêtement, j'ai un malaise d'aller trop là, parce que je me dis qu'on joue dans des zones. (Rose-Eva, psychologue)
	6.5.3 Autres		
6.6 Suggestions d'amélioration de la pratique en sciences sociales	6.6.1 Savoir, savoir-faire, savoir-être	Tout ce qui a trait aux connaissances, aux façons de faire et la manière d'être.	Je pense que ça va de soi d'avoir un consentement qui est libre et éclairé pour les soins. Ça, ça en fait partie, puis je pense que c'est grand dans le processus. De savoir qu'est-ce qui se passe, puis d'avoir des

Ce qui n’est pas fait ou encore en vigueur.			informations qui sont faciles d'accès aussi, puis qui sont vulgarisées aussi pour les personnes qui ne sont pas des médecins ou des scientifiques, qu’ils comprennent par quel processus ils vont aller. (Chloé, travailleuse sociale)
	6.6.2 Au niveau systémique	Changements par rapport au système, aux structures organisationnelles, à la culture ou aux valeurs, qui vont au-delà de la pratique des professionnel·le·s.	C’est une grosse question, ça. Je pense qu'il faut se poser une question au niveau de l'accessibilité. Je pense qu'il y a une question comme ça au niveau, est-ce que c'est normal que des jeunes de milieux plus favorisés aillent accès à un niveau de la reproduction, versus des jeunes de milieux plus défavorisés on ne leur offrira jamais le service? Ça l'amène encore dans notre système avec un manque de ressources, jusqu'où on va? (Hugo, psychologue)
	6.6.3 Autres		
7. Autres			
7.1 Éléments intéressants		Éléments intéressants qui ne rentrent dans aucune catégorie.	

Annexe G : Certificat d'approbation éthique

Formulaire de demande de renouvellement de l'approbation éthique

Titre du protocole : **La présentation de la fertilité auprès des jeunes trans et non-binaires au Québec - Points de vue de personnes professionnelles et intervenantes psychosociales**

Numéro(s) de projet : **2022-2152**

Identifiant Nagano : **Fertilité jeunes trans - PdV professionnel.le.s**

Chercheur principal (au CER Éval) : **Thalie Pilon**

Date d'approbation du projet par le CER : **2022-05-25**

Formulaire : **F9-13704**

Date de dépôt initial du formulaire : **2024-04-26**

Date de dépôt final du formulaire : **2024-04-26**

Statut du formulaire : **Formulaire approuvé**

Suivi du BCER

1.

OBJET: RENOUVELLEMENT DE L'APPROBATION ÉTHIQUE

2.

Statut de la demande:

Demande approuvée

À la suite du dépôt de votre formulaire de renouvellement, le comité d'éthique de la recherche de l'UQO constate le bon déroulement du projet et vous autorise à poursuivre vos activités de recherche pour une période d'un an.

Le renouvellement de votre approbation éthique est valide jusqu'au:

2025-05-25

RENOUVELLEMENT ANNUEL: Pour maintenir la validité de votre approbation éthique, vous devez obtenir le renouvellement de votre approbation éthique à l'aide du formulaire F9, et ce avant la date d'échéance. Un rappel automatique vous sera envoyé par courriel quelques semaines avant l'échéance de votre approbation éthique.

MODIFICATION: Si des modifications sont apportées à votre projet de recherche, vous devez soumettre les modifications au CER, et ce, AVANT la mise en œuvre de ces modifications en complétant le formulaire F8 - Demande de modification au projet de recherche.

FIN DE PROJET: Vous devez remplir le formulaire F10-Rapport final afin d'informer le CER de la fin de votre projet de recherche.

3.

La demande a été traitée par :

Caroline Tardif

date de traitement:

2024-04-29

Section A: Identification

1. **Veuillez indiquer le titre complet du projet de recherche.**

Quel est le titre du projet?

La présentation de la fertilité auprès des jeunes trans et non-binaires au Québec - Points de vue de personnes professionnelles et intervenantes psychosociales

2. **Veuillez indiquer le nom du (de la) chercheur(e) responsable du projet à l'UQO. (L'article 3.1 de la Politique d'éthique de la recherche avec des êtres humains précise qu'un(e) « chercheur(e) » inclut, aux fins des présentes, les professeur(e)s, les étudiant(e)s aux cycles supérieurs ou au premier cycle, ou toute personne impliquée dans les activités de recherche couvertes par la présente Politique.)**

   Qui est le (la) chercheur(e) principal(e) de ce projet à l'UQO?

   Pilon, Thalie

3. *En plus du (de la) chercheur(e) principal(e), y a-t-il d'autres personnes dans votre équipe de recherche?*

   Non

4. **Veuillez sélectionner le type de chercheur(e) qui correspond à la situation du (de la) chercheur(e) principal(e).**

   Le (la) chercheur(e) principal(e) est :

   Étudiant(e) de 2e cycle

Validation fin de projet

1. **Est-ce que votre projet de recherche est terminé?**

   Non

Section B: Directeur(s)

1. **Veuillez indiquer le nom de votre directeur(trice) de recherche ou des codirecteur(e)s de votre projet. Si un(e) codirecteur(trice) n'est pas professeur(e) de l'UQO, veuillez seulement indiquer son nom ici en l'ajoutant comme contact. Seuls les professeur(e)s de l'UQO peuvent être ajoutés comme utilisateur(trice)s à un projet.**

   Saisir les premières lettres du nom d'abord

   Côté, Isabel

Section C: Déroulement des travaux

1. **Veuillez préciser le statut actuel de la collecte de données en indiquant votre choix ci-dessous.**

   Quel est le statut actuel de la collecte de données?

   ☐ Débutera dans les 12 prochains mois
   ☐ Débutera dans plus d'une année
   ☐ Est en cours
   ☑ Est terminée
   ☐ Le projet n'implique pas de collecte de données, mais plutôt l'utilisation de bases de données impliquant des sujets humains.

2. **Veuillez indiquer si des participant(e)s se sont retirés du projet ou si vous avez dû retirer des participant(e)s du projet? Si oui, indiquez pour quelles raisons.**

   Est-ce que des participant(e)s se sont retirés du projet ou avez-vous dû retirer des participant(e)s du projet?

   Non

3. **Veuillez indiquer si des participant(e)s ont subi des effets indésirables ou des inconvénients? Si oui, veuillez les décrire et nous indiquer comment il vous a été possible d'y remédier.**

   Est-ce que des participant(e)s ont subi des effets indésirables ou des inconvénients?

   Non

4. **Veuillez indiquer si vous avez rencontré des situations où la confidentialité a été compromise? Si oui, dans quelles circonstances et qu'avez-vous pu y faire?**

   Avez-vous rencontré des situations où la confidentialité a été compromise?

   Non

5. **Veuillez indiquer si vous avez rencontré d'autres difficultés. Si oui, précisez lesquelles.**

   Avez-vous rencontré d'autres difficultés?

   Non

Section D: Financement

1. **Veuillez indiquez la ou les sources de financement du projet**

- [ ] Aucun financement
- [ ] FRQNT
- [ ] FRQSC
- [ ] FRQS
- [ ] MITACS
- [ ] CRSH
- [ ] CRSNG
- [ ] IRSC
- [ ] Chaire institutionnelle
- [ ] Démarrage de projet
- [ ] Dépannage
- [ ] Contribution institutionnelle (regroupement)
- [ ] Équipes
- [ ] Fonds de recherche (cours en appoint)
- [ ] Fonds de recherche (DFCP)
- [ ] Centre de recherche
- [ ] Autre ministère ou organisme fédéral
- [ ] Autre ministère ou organisme provincial
- [x] Autre

Veuillez préciser la source de financement

Recherche principale Préfer

2. **Veuillez fournir l'unité budgétaire (si disponible).**

Si votre projet est financé, veuillez indiquer votre unité budgétaire.

25$ par personnes participantes (total de 375$)

Section E: Modifications au projet

1. **Est-ce que votre projet de recherche s'est déroulé comme prévu lors de l'approbation éthique initiale ou en fonction des modifications préalablement apportées et approuvé par le CER?**

Oui

2. **Veuillez indiquer si vous envisagez apporter des modifications à votre projet de recherche.**

Avez-vous l'intention d'apporter des modifications à votre projet de recherche?

Non

Section F: Projet sous la responsabilité d'un autre CÉR

1. **Si votre projet de recherche a fait l'objet d'une évaluation par un autre comité d'éthique que celui de l'UQO. Veuillez déposer le document qui démontre que le certificat d'éthique a été renouvelé par l'autre établissement (ex. autres universités, CISSS, etc).**

   Si le projet a été approuvé par un autre CER, veuillez joindre le document attestant du renouvellement du certifcat éthique.

   Lavoie Kévin 2020-413 Phase II R-1.pdf

Section H: signature du directeur/ codirecteur(s)

1. **Seuls le (la) directeur(trice) ou les codirecteurs(trices) peuvent signer à cet endroit. LE FORMULAIRE NE DOIT PAS ÊTRE DÉPOSÉ TANT QUE LE (LA) DIRECTEUR(TRICE) DE RECHERCHE N'A PAS SIGNÉ. N'oubliez pas de déposer le formulaire une fois complété.**

   IMPORTANT : Avant de signer et déposer ce formulaire, veuillez vous assurer de bien lire les réponses de l'étudiant(e), car vous partagez la responsabilité du projet avec l'étudiant(e).

   AVIS AUX ÉTUDIANT(E)S : LE FORMULAIRE NE DOIT PAS ÊTRE DÉPOSÉ TANT QUE LE (LA) DIRECTEUR(TRICE) OU CODIRECTEUR(TRICE) DE RECHERCHE N'A PAS SIGNÉ LE FORMULAIRE. Seul le (la) directeur(trice) ou codirecteur(trice) peut remplir cette section. Si vous signez à la place de votre directeur(trice) OU QUE VOUS DÉPOSÉ LE FORMULAIRE SANS LA SIGNATURE DU (DE LA) DIRECTEUR(TRICE) OU CODIRECTEUR(TRICE) DE RECHERCHE, vous ne ferez que retarder le traitement de votre dossier.

   Signature électronique du (de la) directeur(trice) ou du (de la) codirecteur(trice) :

   Professeur(e) :
   Isabel Côté
   2024-04-26 15:37