

Transparentalités et pratiques de soins : repenser l'accompagnement de la grossesse

Avec Claire Caron, maïeuticienne et sexologue clinicienne

Entretien/Analyse faite par Em's

Pour le Poisson sans bicyclette

Mars 2026



LE POISSON SANS BICYCLETTE

Site internet : <https://lepoissonsansbicyclette.be>

E : Pour commencer, est-ce que tu peux me dire quelques mots sur ton parcours, et ce qui t'a amené à t'intéresser à la transparentalité ?

C : J'ai toujours voulu être dans le soin à la personne, même toute petite, c'était vraiment une volonté de carrière. Alors, en grandissant, tu réfléchis un petit peu à ce vers quoi tu veux t'orienter et moi, ce qui m'intéressait, c'était l'endocrino – donc tout ce qui est l'étude des hormones – et la santé sexuelle et reproductive. Forcément ça oriente déjà pas mal les métiers que je voulais faire. J'étais intéressée par la pathologie, mais j'avais envie de travailler plutôt avec la physiologie. J'avais envie de pouvoir trouver un métier où je pouvais être dans le soin, auprès des gens. J'avais pas envie de passer ma vie à voir des situations catastrophiques, annoncer des mauvaises nouvelles ou autres ... Cet intérêt pour la physiologie m'a beaucoup orienté.

De fil en aiguille, en cherchant un petit peu, je me suis dit que maïeuticienne, ça cochant un petit peu toutes les cases. Il y avait ce côté **soin** et accompagnement, échange avec les gens, présence, parce que c'est un travail très humain. Tu peux pas le faire si t'es pas dans le contact avec les gens. Il y avait aussi l'apprentissage d'un savoir-faire **technique** : donc on a des actes à poser, on a un certain savoir-faire à apprendre, ça, ça m'intéressait, le côté technique, mais aussi le côté connaissance **théorique** : apprendre des choses, savoir comment fonctionne le corps, comment se déroule un accouchement, etc. Pour finir, le côté aussi **recherche** et potentiellement académique que je voyais m'intéressait beaucoup. Je m'étais d'abord orientée pour faire médecine, et puis c'est en faisant un stage que j'ai découvert le métier de maïeuticienne. Je me suis dit que c'était plutôt ça que je voulais faire, plutôt ce type d'accompagnement-là où je pouvais vraiment être auprès des gens dans le soutien plutôt que dans la guérison à proprement parler.

Par la suite, c'est vraiment l'aspect **militant** que je pouvais donner à mon métier qui m'a le plus plu. Forcément en travaillant dans la santé reproductive et sexuelle, je pense qu'il y a moyen de donner un côté très militant au métier de maïeuticienne. Alors, tousxtes les maïeuticien-ne-x-s ne le font pas, mais je pense que c'est dommage, surtout actuellement. Personnellement, je me suis toujours définie comme féministe radicale avec une tendance écoféministe queer, du coup, c'est clair que travailler dans la santé sexuelle et reproductive, pouvoir avoir un impact, à mon échelle bien sûr, était un des aspects du métier qui m'a toujours beaucoup plu. Je me suis dit que ça cochant vraiment toutes les cases : ça me permettait d'avoir un métier qui me passionnait mais où je pouvais aussi avoir un certain impact social.

Ensuite, je dirai que c'est mon parcours personnel qui m'a fait découvrir les luttes LGBTQIA+ et les études de genre au sens large. En commençant mes études de maïeutique, je me suis dit que forcément j'allais les retrouver dans mes cours. On en n'a pas du tout parlé. Là je me suis dit qu'il y avait un problème... Je voyais l'aspect militant, féministe, engagé de mon métier, et ça n'avait pas du tout l'air d'être le cas de tout le

monde puisque c'était très peu mis en avant dans la formation initiale. On parlait un petit peu des homoparentalités, mais c'est peut-être le seul sujet queer abordé dans la formation. Rapidement, je me suis dit qu'il y avait une lacune à mon sens, vraiment un manquement, d'autant plus que je pense que, j'espère en tous cas, on va vers une transformation, une évolution du **faire famille**, et que du coup il y a une nécessité d'élargir notre vision de ce qu'est la famille.

Mon idée de base, en travaillant sur les **transparentalités**, c'était de me former pendant mes études, pour ne pas commencer avec des lacunes sur ces thématiques. Alors il se trouve qu'en même temps, je suis tombée sur une vidéo sur les réseaux sociaux sur **Ali**¹, un homme trans* qui raconte sa grossesse, et j'étais vraiment passionnée par cette interview, ce sujet, cette transparence avec laquelle il raconte son parcours. Je me suis dit qu'il y avait clairement une urgence à intégrer ces éléments dans la formation de base. Ma volonté première, c'était donc **vraiment de pallier ce manquement**, et du coup réfléchir à des pratiques plus inclusives et plus larges. Dans un second temps, c'était me dire que réfléchir à des pratiques plus inclusives, me permettait de prendre un **pas de recul sur nos pratiques quotidiennes**, et prendre un pas de recul sur nos pratiques quotidiennes, ça permettait de nous interroger sur nos modèles : « Mais en fait, est-ce que vraiment il y a une différence entre ces deux modèles-là, ou est-ce qu'un modèle ne peut pas être appliqué sur l'autre ? Pourquoi est-ce que je fais cet acte-là ? Pourquoi est-ce que je le ferais chez cette personne et pas chez une autre ? ». Donc l'intérêt, c'était aussi questionner les pratiques et les choses qu'on apprend comme des vérités universelles : par exemple faire accoucher sur le dos, les pieds dans les étrières, avec une péridurale, pousser de telle manière et autres. C'était aussi un moyen détourné de remettre peut-être en question une norme dominante.

E : Afin d'approcher le sujet, pourrais-tu nous rappeler les terminologies autour des grossesses trans* ?

C : C'est une question extrêmement importante et c'est une question par laquelle **j'ai moi-même commencé mon mémoire**. Je pense que c'est important de définir les concepts avant d'entamer n'importe quel projet parce qu'il faut savoir de quoi on parle avant de se lancer dans le vif du sujet. C'était vraiment l'objectif de mon cadre théorique, donc faire un retour sur la distinction entre sexes et genres, qu'est-ce que la binarité, un peu l'historique des terminologies, une tentative de définition des transidentités avec une explication des différentes transitions – donc la transition administrative, sociale, hormonale, chirurgicale – un point sur le cadre légal et la clôture de mon cadre théorique s'axait vraiment sur les transparentalités. Le but était de définir les termes qui allaient être importants pour la compréhension du mémoire tout en expliquant pourquoi ces terminologies étaient utilisées plutôt que d'autres.

¹ <https://www.konbini.com/videos/jai-ete-enceint-de-ma-fille-le-speech-dali/>

Dans le mémoire, la **transparentalité**, je l'ai définie comme étant le fait d'être une personne trans* et parent·e·x – tout simplement – donc homme*, femme*, non-binaire, ou autre.

Ici, j'utilise le terme **trans*** avec un astérisque(*) un peu comme l'auteur Emmanuel Beaubatie qui a beaucoup travaillé sur les transidentités, qui lui utilise le terme trans* avec une apostrophe en haut². Genres Pluriels utilise aussi cette manière d'écrire, avec un astérisque, donc vraiment comme un **terme parapluie**. C'est-à-dire que trans* permet de recouvrir toute une population où chacun·e·x va se définir comme iel en a envie.

Dans ce mémoire, il y avait forcément la nécessité d'avoir une population cible, parce que je ne pouvais pas non plus travailler sur tous les sujets. Je me suis particulièrement concentrée sur **les hommes* transgenres qui avaient réalisé une transition hormonale sans avoir eu recours à la chirurgie**. Ça me paraissait important de réussir à être assez spécifique, pour essayer de ne blesser personne en généralisant. D'autant que c'était un mémoire de maïeutique, donc dans un monde médical où parfois il y a une nécessité d'être dans quelque chose de très cadré. De fil en aiguille, **j'ai inclus des études qui parlaient de personnes non binaires et de personnes queer** pour augmenter mon corpus parce que ça été très difficile de trouver suffisamment d'articles pour avoir des guidelines tenant un minimum la route. Je me suis aussi rendue compte qu'il y avait parfois des confusions dans les termes employés où parfois des termes très génériques, comme *queer* ou *non-binaire*, faisaient référence à des transparentalités.

E : Tu analyses principalement le suivi des grossesses trans* dans les hôpitaux dans ton mémoire, quelles représentations circulent dans le monde de la santé autour de ces grossesses ?

C : Alors ma question de recherche spécifique c'était : « **que savons-nous de l'accompagnement par un·e·x maïeuticien·ne·x de la grossesse d'un homme* transgenre qui a réalisé une transition hormonale sans avoir recours à la chirurgie ?** ». J'ai fait une revue de la littérature pour voir s'il y avait moyen de dégager des guidelines ou des manières de faire pour réaliser cet accompagnement. J'ai défini plusieurs critères d'inclusion et d'exclusion qui m'ont permis de sélectionner les articles en fonction. Ici, la zone géographique concernée c'était **l'Europe, le Canada et les États-Unis**, donc ce sont des pratiques de soins occidentales. Ça paraît assez important de définir la zone géographique déjà parce que je pense qu'il y a de fortes chances que ce ne soit pas partout pareil mais aussi parce que cette zone géographique, justement, est large. L'Europe, le Canada, les États-Unis, même si ce sont des pratiques occidentales, ce sont quand même beaucoup de pays différents rassemblés. Les articles ont été

² <https://journals.openedition.org/sdt/42655?lang=fr>

sélectionnés sur la période de **2017 à 2022**. Ce qui veut dire que les représentations que j'ai collectées, sont à regarder à l'aune de ces critères-là.

Finalement, ce que j'ai pu identifier, c'est qu'il y a toute une partie des résultats qui, justement, se concentrent sur **comment est-ce que le monde médical se représente les grossesses trans***. C'est un élément qui a fait l'objet d'une grande partie de développement dans mon mémoire, parce que ça paraissait impossible, entre guillemets, de parler des grossesses trans* sans parler de ces représentations au sein du milieu médical puisque finalement elles semblent exercer une influence sur la manière dont les professionnel·le·x·s de santé accompagnent ces grossesses.

Ce qui était intéressant, c'était de voir que ces représentations s'articulaient autour d'une forme de **cisnormativité dans les soins** qui souvent était illustrée par l'expression de « santé féminine ». C'est très fréquent qu'on parte du principe que la gynécologie et l'obstétrique, sont des domaines médicaux qui concernent uniquement les femmes* cis* alors que si on voit plus large, qu'on sort d'une vision binaire, c'est la santé qui concerne les personnes qui ont des utérus, des vagins, des vulves, etc. Par extension, la grossesse et la maternité sont globalement vues comme exclusives aux femmes* cis*. Ça crée une forme *d'entre-soi*, où on observe vraiment une invisibilisation des expériences trans*, une invisibilisation des grossesses trans*, qui du coup fait que ces grossesses sont tout de suite exceptionnalisées. Elles deviennent un peu des grossesses « exotiques ».

Dans le même mouvement, comme il n'y a pas de modèles de grossesses pour les personnes trans*, elles deviennent quelque chose de l'ordre de l'impossible, car on en parle rarement. Ça crée un **cercle vicieux**, puisque, les personnes qui décident de tomber enceinte en étant trans* sont vraiment vues comme des outsiders. C'est-à-dire des gens qui sortent de la norme dominante. Ce statut-là va entraîner toute une série de barrages pour accéder à des soins de qualité par rapport à une femme* cis* qui tombe enceinte.

Juste pour donner un exemple, ce n'est pas quelque chose que j'ai exploité dans mon mémoire, mais quand j'ai fait mes stages ou quand je travaillais en tant qu'intérimaire à l'hôpital, ou même quand il m'arrive d'aller donner cours aux maïeuticien·ne·x·s et de parler de ces thématiques, rares sont les personnes qui accueillent ce sujet comme une opportunité d'apprendre. Alors, je ne vais pas dire que tout le monde s'en fout, ou qu'il y a un regard forcément négatif, mais bien souvent, le premier réflexe, c'est ce **mouvement d'exceptionnalisation** des grossesses trans*. On est donc toujours dans ce même cercle vicieux : il n'y a pas de modèle, on ne le voit pas, personne ne le fait, donc du coup, ça n'existe pas, donc pourquoi, en tant que professionnel·le·x de santé, je devrais me former ?

E : Un peu dans cette continuité, est-ce qu'il y a des difficultés que peuvent rencontrer les personnes trans* lors de leur parcours périnatal ?

C : La première difficulté, clairement, c'est **le manque de formation des professionnel·le·x·s de santé**. Le manque de connaissances entraîne une disparité dans les soins. C'est directement en lien avec la question précédente, parce que justement c'est cette cisnormativité dominante qui va entraîner ce manque de formation. L'impression que ça n'arrivera jamais fait que les professionnel·le·x·s ne ressentent pas le besoin de se former de manière continue là-dessus. Même à un niveau plus, je vais dire, global, il y a très peu d'écoles de maïeutique qui l'incluent dans le cursus de base, et qui se disent qu'il faudrait former les étudiant·e·x·s à ce sujet.

Ce manque de formation, c'est finalement la première difficulté auxquelles les personnes trans* vont être confrontées, puisqu'elles se retrouvent dans une posture, je vais dire, inversée. Alors que généralement c'est læ professionnel·le·x de santé qui a un certain nombre de savoirs sur l'individu qu'iel a en face d'ellui, là ça va être læ bénéficiaire de soins qui va devoir « éduquer » læ professionnel·le·x de santé. Alors quand je dis ça, ça peut paraître un peu : læ professionnel·le·x dans une posture de sachant·e·x et læ patient·e·x dans une posture subordonnée, alors que pas du tout. Pour moi, il y a vraiment une **horizontalité qui doit être faite**, puisque chacun·e·x a son expérience, qui est différente, mais en tant que professionnel·le·x de santé, je pense que ce n'est pas læ bénéficiaire de soins qui doit nous apprendre qu'elle est une personne trans*, qui doit prendre, peut-être, un traitement hormonal, qui se passe comme-ci ou comme-ça. Certaines personnes le vivent très bien et n'ont pas de souci à raconter leur transition, leur parcours ou quoi que ce soit, pour d'autres, ça reste une souffrance, ça réactive des traumatismes et donc la nécessité de formation, c'est aussi pour ça. C'est pour ne pas aller réactiver sans cesse un trauma, demander à une personne de raconter encore et encore et encore la même chose. Si les professionnel·le·x·s de santé étaient formé·e·x·s, cette dynamique-là ne s'installerait pas. Pourquoi est-ce qu'on apprend, je ne sais pas moi, comment une fécondation in vitro se passe ? Une personne qui vient faire une fécondation in vitro, elle ne va pas commencer à raconter : « voilà, j'ai tel type de maladie qui fait que je dois avoir recours à une fécondation in vitro pour telle et telle raison ». Non, ce serait lunaire ! Bien sûr que la transidentité n'est pas une maladie, mais, entre guillemets, c'est un statut particulier qui ne devrait pas nécessiter d'explications supplémentaires. Il ne devrait **pas y avoir besoin de s'étendre sur le sujet en fait**. Il y a même certains articles qui montrent que c'est aussi parfois l'occasion pour certain·e·x·s professionnel·le·x·s de santé d'aller poser des questions qui n'apportent rien au suivi : des questions indécentes par rapport à comment s'est passée la transition, à la genitalité des individus et d'autres choses qui, en soi, ne sont pas forcément nécessaires. A nouveau, on retourne dans ce truc d'exceptionnalisation et un peu de voyeurisme malsain. Je pense donc sincèrement, et en tous cas, ce qui ressort de la revue de la

littérature que j'ai pu faire, c'est que ce manque de formation des professionnel·le·x·s reste la première difficulté auxquelles les personnes trans* sont exposées.

Dans un second temps, **ce manque de formation va entraîner toute une série de violences, conscientes ou pas**, puisque certaines micro-agressions ou violences physiques ou verbales peuvent avoir lieu sans forcément que le·la professionnel·le·x en ait conscience. Par exemple, mégenrer la personne, utiliser le *deadname*, etc., peut-être qu'il n'y a pas d'intention de nuire, mais dans les faits, ça nuit quand même à la personne trans* qui est censée venir dans une *safe place*, dans un endroit où il n'y a pas de mégenrage, il n'y a pas de mots déplacés ou quoi que ce soit. A nouveau, on retombe dans ce cercle vicieux où le manque de formation entraîne un manque de connaissances qui entraîne des violences, des discriminations, des micro-agressions, conscientes ou pas, qui peuvent affecter durablement la santé physique et mentale des personnes qui viennent simplement pour un suivi.

E : Dans ta recherche, tu montres que dans ce contexte de nombreuses personnes trans* cherchent des alternatives au milieu hospitalier. Quelles sont-elles ?

C : Alors, ce qui est un peu ressorti, c'est que pour certaines personnes trans*, il y a cette volonté de sortir de l'hôpital parce qu'il y a d'une part, une peur d'être maltraitée et d'autre part, une peur de ne pas être respectée. Respectée dans le projet de naissance, dans les demandes, de ne pas être entendue en fait. Ces deux peurs-là, elles sont fréquemment renforcées par l'organisation hospitalière qui fonctionne avec un système de garde où il y a deux fois, voire trois fois par jour un changement d'équipe. C'est donc très rare qu'une même personne suive le travail et l'accouchement d'une personne de A à Z. Ce qui veut dire qu'à chaque fois, il faut recommencer le travail qui a été fait avec la personne précédente d'une certaine façon. C'est une des raisons qui fait que certaines personnes trans* décident de ne pas accoucher à l'hôpital.

Le manque de formation et de connaissances va aussi encourager cette décision. Les personnes trans* ne se sentent pas en confiance et se demandent pourquoi est-ce qu'iels devrait aller donner leur corps ou faire un suivi chez des professionnel·le·x·s qui n'ont pas l'air d'être au courant de certaines spécificités liées aux corps trans* : « si je suis sous testostérone, qu'est-ce que je dois faire ? j'ai eu une mastectomie, est-ce que je peux encore allaiter ? etc. ». Ça ne met pas en confiance la personne.

Ce qui était aussi intéressant, dans beaucoup d'articles, c'est qu'à l'hôpital, les **césariennes** pour les grossesses trans* semblent beaucoup plus fréquentes. Parfois, elles sont même faites en systématique parce qu'il y a toujours cette idée que l'accouchement par voie basse va créer ou provoquer une dysphorie de genre. A nouveau, on retombe dans ce côté très médical : une personne trans* a forcément vécu une dysphorie de genre, elle est forcément inconfortable dans son corps, y'a forcément de la souffrance. Du coup, on va prendre les devants, on va lui éviter tout ça, donc on va lui proposer une césarienne d'emblée. Alors, certaines personnes trans* vont le

demander, mais que ça soit fait en systématique n'est pas censé. Toute personne doit pouvoir choisir sa voie d'accouchement dans les limites de la physiologie.

L'ensemble de ces éléments invite, bien souvent, certaines personnes trans* à **trouver des alternatives**, parce que l'idée première c'est que l'hôpital va forcément avoir une vision plus pathologique de leurs conditions, de leurs grossesses par rapport à des praticien·ne·x·s alternatif·ve·x·s, où leur axe de travail principal reste la physiologie.

Pour un accouchement en structure alternative, donc en **gîte intrahospitalier, en maison de naissance ou à domicile**, la première condition, c'est d'avoir une grossesse physiologique, c'est-à-dire sans problématique d'ordre médical. Par exemple, la survenue d'une maladie de grossesse peut compromettre le projet d'accouchement dans une structure alternative parce qu'aucun·e·x professionnel·le·x ne va prendre le risque de mettre en danger une personne qui accouche et son bébé quand aujourd'hui nous avons des hôpitaux qui offrent un accompagnement en cas de grossesses considérées comme pathologiques. Donc la première condition c'est ça.

Ce qui fait que forcément c'est des milieux qui sont vus comme plus respectueux, plus holistiques, vraiment centrés sur les besoins de la personne sans considération de son genre. Ce que beaucoup d'articles montrent, c'est que c'est ce côté-là qui plaît ! C'est se dire que : « en tant que personne trans*, je ne serai pas vue comme ayant une grossesse à risque ou ayant une grossesse exceptionnelle, je serai accompagnée sur base de mes besoins, sur une base d'accompagnement physiologique où on considère que la grossesse et l'accouchement ne sont pas des maladies, et où je peux être accompagnée de A à Z par un nombre restreint de personnes que je connais, à qui j'ai raconté mon histoire et où je ne dois pas passer mon temps à répéter, à expliquer, où on peut construire ensemble un projet qui correspond à toutes mes attentes ». Ce qui ressort des articles, c'est que c'est principalement le gîte intrahospitalier, la maison de naissance et l'accouchement à domicile, qui sont choisis pour des raisons d'accompagnement **plus centrés sur la personne et holistiques**.

E : Pour toi, qu'est-ce que cette recherche de suivis alternatifs dit de la formation en maïeutique et de l'accompagnement actuel de la parentalité en milieu hospitalier ?

C : Déjà, ça me paraît important de souligner que je parle en tant que professionnelle qui voit vraiment la grossesse et l'accouchement comme quelque chose de physiologique, où chacun·e·x peut avoir le choix d'accoucher dans les conditions souhaitées.

Ce que ça dit de la formation et de l'organisation actuelle des soins, c'est à mon sens qu'il y a encore **une volonté de maîtriser le corps qui accouche, le corps qui est enceint**. Je pense qu'il y a ce besoin de le maîtriser parce qu'un accouchement à l'hôpital sous péridurale où on ne peut pas vraiment choisir ses positions et autres, qui est parfois très médicalisé, où on n'informe pas toujours complètement la personne, montre bien qu'il y a une volonté, à mon sens, d'enfermer les personnes dans un modèle dominant et défini où c'est facile, où ça se passe comme ça : les gens arrivent, on leur met une perfusion,

on leur demande presque pas s'il y a la péridurale, on n'accompagne pas dans la douleur, etc. C'est très protocolisé. Alors, il y a **des raisons à tout ça : le manque de budget, le manque de professionnel·le·x·s de santé**, etc. Ce que je veux dire, c'est que ce n'est pas une volonté, pour la plupart des professionnel·le·x·s de travailler comme ça. L'idéal, ce serait un·e·x maïeuticien·ne·x pour une personne qui accouche, mais dans les faits, c'est impossible. Il y a donc forcément des choix à faire.

Je pense, donc, que l'on peut faire un parallèle avec **les grossesses trans* dans cette maîtrise du corps enceint** puisque ces dernières, en sortant de la norme dominante, vont venir questionner à qui appartient le corps enceint : qu'est-ce que l'on fait de nos corps ?, comment est-ce que l'on prend possession de ces corps ?, comment est-ce que l'on décide de vivre nos grossesses ?, etc. Ce sont des questions difficiles. Je n'ai pas envie que mon discours paraisse comme quelque chose de très dichotomique, où tout le monde à l'hôpital travaille d'une manière et tout le monde en structure alternative d'une autre, parce que ce n'est pas la réalité. Il y a des contraintes des deux côtés qui font que l'on est obligé·e·x parfois de travailler d'une certaine manière par rapport à une autre. Cependant, l'évolution de nos sociétés **depuis #MeToo, depuis #payetonutérus, #balancetongynéco**, etc., montre bien la nécessité de parler des violences gynécologiques et obstétricales, spécifiquement en milieu hospitalier.

Alors, ça ne veut pas dire que dans les structures alternatives ça n'existe pas, mais c'est un phénomène qui est beaucoup moins présent. Si l'on regarde **le rapport de la plateforme pour une naissance respectée**³, qui est une plateforme citoyenne belge, qui compare justement les différentes pratiques entre les différents milieux d'accouchement en Belgique, on voit bien que les personnes qui ont accouché dans les milieux hospitaliers rapportent plus de violences gynécologiques et obstétricales que dans les milieux alternatifs. Je pense que ça parle bien du contexte dans lequel on évolue. C'est justement ce contexte-là qui fait que les personnes trans* vont chercher plutôt à accoucher en milieu alternatif, de peur, à nouveau, de ce manque de formation, de vivre des violences, des discriminations, etc.

La conclusion de mon mémoire c'est vraiment de dire qu'en fait les luttes LGBTQIA+ dans leur ensemble nous invite à plus d'inclusion. A nouveau, ça nous permet de réfléchir à nos pratiques, à pourquoi on fait les choses et justement à se calquer sur les besoins des personnes avant tout, au-delà de leur genre. Les personnes viennent avant tout pour accoucher, pour un service qu'on leur offre, tout simplement. Je pense que de toute façon, les minorités, quelles qu'elles soient, invitent, puisqu'elles sont définies en opposition à la norme ou au modèle dominant, à questionner un modèle dominant. En tant que personne, on se construit dans l'altérité. Pourquoi est-ce que l'on dit *minorité* ?, parce qu'il y a un modèle dominant et pourquoi est-ce que l'on dit *modèle dominant* ?, parce qu'il y a les minorités ... L'un ne va pas sans l'autre donc essayer de faire des ponts

³ <https://usercontent.one/wp/www.naissancerespectee.be/wp-content/uploads/2022/03/Rapport-1.pdf>

entre les deux c'est se nourrir mutuellement, c'est améliorer nos pratiques, nos prises en charge, nos accompagnements et nos manières de faire société au sens large. Ça permet de sortir des cases.

E : Dans ton mémoire, et durant cet entretien, tu insistes sur l'importance de la formation des professionnel·le·x·s de santé. Tu donnes notamment l'exemple de la méconnaissance de l'influence de la testostérone sur la grossesse. Peux-tu revenir sur cet exemple ?

C : Alors justement, l'exemple de l'influence de la testostérone sur la grossesse, il est relativement parlant parce que dans la première analyse que j'ai pu en faire, je me suis dit : « super, il y a des guidelines sur la prise de testostérone pendant la grossesse ». Puis, à la seconde analyse, je me suis rendue compte que ces guidelines-là, étaient finalement faites sur **des suppositions**.

En fait, on est parti·e·x du principe que la prise de testostérone pendant la grossesse allait être incompatible avec cette dernière et donc qu'il ne fallait pas en prendre. Alors là on est dans une situation plus compliquée qu'une simple volonté de mettre de côté ou de discriminer les grossesses trans* parce qu'en fait, il y a une absence de recherches sur la **population humaine**. Les recherches, elles ont été faites sur des rats, parce que les rats sont souvent utilisés pour les essais cliniques, parce qu'ils sont relativement proches de nos structures humaines. Le problème, c'est que, en termes de sécurité, de déontologie, de tout ce qu'on veut, éthique et autres, il n'y a pas de possibilité de faire d'étude, d'essai clinique, sur une prise de testostérone pendant la grossesse et de voir l'effet que ça a sur une population humaine. Il faudrait deux groupes, un groupe contrôle qui ne prend pas de testostérone, un groupe test qui prend justement de la testostérone pendant la grossesse, où on regarde les effets sur le corps, sur le bébé, et on analyse. Comme chez les rats ça crée toute une série de malformations, par mesure de sécurité, le CRAT, qui est un centre qui, justement, établit ce qui est tératogène, donc ce qui est toxique pour le fœtus, considère qu'il ne faut pas prendre de testostérone pendant la grossesse.

Alors après c'est un débat infini, entre guillemets, parce qu'on peut dire qu'on a jamais testé sur les humains, donc qu'on ne peut pas savoir. Il y a, par exemple, des personnes trans* qui ont continué leur prise de testostérone pendant une partie de la grossesse parce qu'iels n'étaient pas forcément au courant qu'il y avait une grossesse en cours, et où tout s'est bien déroulé. On serait donc tenté·e·x de se dire que ce n'est pas si grave. C'est donc un débat sans fin, c'est un débat éthique aussi, ce qui fait que c'est un débat qui est compliqué.

Au-delà de ces éléments, ce que je pense qui est important, c'est que cet exemple montre qu'il y a une **absence de nuance**. En fait, on va dire qu'il y a des guidelines sur la testostérone, que l'on sait très bien qu'il ne faut pas la prendre pendant la grossesse, alors qu'en fait, au final, c'est plus nuancé que ça. C'est différent de dire que ça n'a jamais été testé chez les humain·e·x·s mais que ça l'a été sur des rats et donc que l'on a de fortes raisons de penser que sa prise pendant la grossesse peut être tératogène que de dire que non, c'est établi, il ne faut pas prendre de testostérone. En ça, c'est un exemple assez parlant, je pense, parce qu'à nouveau, on parle peu de la testostérone. Ce que beaucoup d'articles montrent, c'est que même chez les personnes qui entament leur transition hormonale, quelquefois, il n'y a pas eu d'explications complètes et précises de : ce qu'est la testostérone ?, qu'est-ce qu'elle va avoir comme effets sur le corps ?, comment la prendre correctement ?, etc. Alors bien sûr il y a des professionnel·le·x·s qui le font, mais tous·tes ne le font pas.

E : Nous en avons déjà parlé mais le milieu de la santé fonctionne souvent avec des guidelines. De manière à parler avec des terminologies que les professionnel·le·x·s emploient, tu as aussi décidé d'énoncer des guidelines d'accompagnement des grossesses trans*. Peux-tu nous les présenter ?

C : Alors effectivement, dans le milieu médical, on aime beaucoup parler en termes de **normes, de protocoles, de guidelines**, ça fonctionne très souvent comme ça. Ça peut avoir des côtés très militaire entre guillemets, mais comme, finalement, la médecine, c'est aussi beaucoup une science de l'empirisme, il faut collecter des données pour réussir à se dire : « ça, ça fonctionne bien, ça, ça fonctionne moins bien, pourquoi est-ce que ça fonctionne comme-ci, comme-ça, etc. ». Les protocoles permettent donc d'avoir une manière de faire uniforme pour tout le monde et s'assurer que la majorité des gens vont être traités, accompagnés, soutenus de la même manière. Là où les protocoles sont problématiques, c'est quand ça devient quelque chose d'enfermant, où on n'arrive pas à les remettre en question. Après, dans les faits, c'est comme ça qu'en tant que professionnel·le·x de santé on travaille le plus, milieu hospitalier ou pas. Dans les milieux alternatifs, on a aussi fréquemment des protocoles, des manières de faire qui sont systématisées je vais dire. **C'est juste la manière de les appliquer qui est différente.** C'est donc ce que j'ai essayé de faire dans mon mémoire. J'ai essayé de dégager des manières de faire **pour proposer un accompagnement optimal**. Ce qui a été intéressant en fait, c'était de voir que, finalement, quand on lit ces guidelines, on peut facilement se dire que ce sont celles d'un accompagnement dit « classique », c'est-à-dire l'accompagnement d'une femme* cis*.

Utiliser les pronoms choisis par la personne. Ces pronoms doivent être les seuls utilisés par tous·tes les professionnel·le·x·s de santé accompagnant la personne. Après accord, ces pronoms peuvent être inscrits au dossier médical afin que chacun·e·x y ayant accès puisse utiliser directement les bons pronoms.

Utiliser le bon prénom et ne jamais faire référence au *deadname*.

Utiliser des termes inclusifs : personne enceinte, individu enceint, allaitement (et non allaitement **maternel**), parentalité, etc.

Discuter avec la personne des termes utilisés pour faire référence à ses organes génitaux. Cette discussion permet d'embrayer directement sur la nécessité de réaliser certains examens gynécologiques (sonde endoscopique parfois utile pour les échographies, nécessité de faire certains touchers vaginaux, etc.) mais aussi d'attirer l'attention sur leur nombre, la façon dont ils seront réalisés et pourquoi ils sont nécessaires. La personne doit pouvoir se préparer à ces examens et une discussion préalable permet de diminuer l'angoisse qui peut en découler. Avant tout examen, l'accord doit être demandé et elle doit être prévenue de chacune des étapes dudit examen. Ces recommandations sont les mêmes que pour les femmes* cis* et doivent être applicables à tousxtes.

Permettre un environnement plus inclusif et moins cisnormatif en augmentant la visibilité de la communauté LGBTQIA+. Favoriser les toilettes non genrées, promouvoir les affiches inclusives, en finir avec la vision exclusivement hétéronormative de la grossesse, limiter la célébration de la découverte du sexe d'un fœtus, etc.

Travailler en collaboration avec d'autres partenaires de santé. Les populations trans* étant plus sujettes aux troubles psychologiques, il est important de constituer un réseau de professionnel-le-x-s de la santé mentale dès que le besoin s'en fait sentir. Plus tôt le contact est établi, plus rapidement la prise en charge peut être faite.

Une remise à niveau des professionnel-le-x-s est nécessaire. Ces dernier-ère-x-s doivent être sensibilisé-e-x-s à la question des grossesses trans* afin de savoir comment les accompagner. Les suivis sont quasi-identiques à ceux des grossesses cis*, les recommandations de base sont les mêmes et il est important qu'iels en prennent conscience afin de ne pas exceptionnaliser les grossesses trans*. Cependant, certains points doivent, malgré tout, être abordés et explorés en profondeur. Nous pensons par exemple à la prise de la testostérone durant la grossesse, aux sensations de dysphorie de genre pouvant être majorées par son absence, à l'environnement extérieur, ou encore à la nécessité de parler des potentiels changements physiques pouvant survenir durant la grossesse. Notons que, tout comme pour les grossesses cis*, l'allaitement est un sujet qui doit être abordé en pré-partum car, même en cas de chirurgie mammaire, la majorité des individus trans* ont la capacité d'allaiter leur enfant. Parler de cet allaitement permet de réduire le stress si un gonflement de la poitrine survient, mais nous donne aussi l'occasion d'encourager le choix d'un allaitement (non-artificiel). Dans les configurations où la personne qui a accouché est en relation avec une femme* cis* il est également possible d'aborder le sujet de l'allaitement induit qui pourrait alors être réalisé par cette partenaire⁴.

Reconnaître une faute (mégenrage, utilisation du *deadname*, etc.) quand elle arrive et savoir s'excuser.

Au final, **il n'y a pas de manière particulière de faire**. Mise à part une attention aux termes employés, à utiliser les bons pronoms, ce genre de choses-là. En fait, une grossesse chez une personne trans* ce n'est pas une grossesse qui est

⁴ Pour plus d'informations concernant l'allaitement induit Claire invite à consulter le dossier de la Leche League France sur le sujet : <https://www.llfFrance.org/vous-informer/votre-allaitement/situations-particulieres/1393-relactation-et-lactation-induite>

fondamentalement différente d'une autre. A nouveau, on retombe sur ce point qu'on a déjà abordé, c'est que cette inclusivité plus grande permet de les appliquer aussi aux femmes* cis*. Par exemple, tout le point sur discuter avec les personnes des termes qu'elles utilisent pour désigner leurs organes génitaux, permettant, dans la foulée, d'expliquer les différents examens tout au long de la grossesse, notamment le toucher vaginal, ne semble pas être une démarche aberrante à faire aussi auprès des femmes* cis*. Parler de ce qu'est un toucher vaginal, pourquoi il faut parfois le faire, parler des frottis, de ce que c'est, parler de pourquoi on vient intruser la zone génitale, ne devrait pas être une guideline qui diffère d'une personne trans* ou cis*. Il ne faut pas oublier, qu'en tant que professionnel·le·x, ce sont des choses qui sont évidentes pour nous mais quand une personne vient pour un suivi de grossesse, c'est un monde qu'elle (re)découvre. Il faut faire attention à ne pas tomber dans une routine. La personne qui est en face de nous vivra ça une fois dans sa vie, parfois deux ou trois mais ce n'est pas son quotidien. Tomber dans cette routine peut parfois amener des violences, bien souvent inconscientes, de la part des professionnel·le·x·s.

C'est pour ça que le sujet des violences gynécologiques et obstétricales, c'est un sujet qui est très compliqué, tout comme la question que tu as posée précédemment. Elle est un peu *tricky* dans le sens où, se positionner par rapport aux violences gynécologiques et obstétricales en tant que professionnel·le·x, peut très vite amener une forme de *backlash* où on te reproche souvent de mettre tout le monde dans le même sac. Comme si à l'hôpital on le faisait exprès, alors que bien évidemment, très souvent, ce ne sont pas des violences qui sont conscientes. Ce sont des violences qui ont aussi une influence sur les professionnel·le·x·s qui se rendent compte qu'ils n'ont pas le temps. C'est **quelque chose de plus systémique**, c'est une violence institutionnelle qui va dans les deux sens (patient·e·x·s/professionnel·le·x·s). Alors, bien sûr qu'il ne faut pas mettre tout le monde dans le même sac, mais attirer l'attention sur ces sujets-là paraît tout de même essentiel. Travailler là-dessus, réussir en tant que professionnel·le·x à prendre du recul, en discuter, permet de prévenir ces violences. Il faudrait réussir à se dire : « okay, le geste que je viens de faire a été vécu comme une violence. Peu importe que j'ai l'impression qu'il ait été violent ou pas, ça été vécu comme tel. Comment, en tant que professionnel·le·x, je peux discuter avec la personne pour débriefer de ce vécu ? Comment je peux essayer de m'excuser pour que cette violence ne devienne pas un trauma à long terme ? »

E : Du coup, une des thématiques qui nous tient beaucoup à cœur en ce moment au Poisson, c'est de questionner la famille et comment on va penser le faire famille. Je trouvais que ta recherche était vraiment super pertinente par rapport à ça. Donc j'aurais aimé que tu nous parles, de comment le suivi des grossesses trans* nous parle de la famille ?

C : A mon sens, la première chose que ça permet, **c'est de sortir de cette idée que seules les personnes qui se définissent comme femmes* et ont un utérus accouchent d'enfants**. Sortir de la binarité, permet de sortir de la cisnormativité et permet, dans un sens plus large, de penser le faire famille autrement. Je suis convaincue que penser les grossesses trans* permet de **mieux penser l'homoparentalité, la parentalité solo ou mono, les personnes qui sont *childfree/childless* et les manières de faire famille autrement**. On peut sortir du classique : « papa, maman et le bébé ». Si entre guillemets on s'attachait plus au projet de la personne qui vient accoucher, du couple ou des personnes qui viennent et de pourquoi est-ce que cet enfant est au cœur de cette personne ou de ces personnes, remettre l'attention là-dessus, permet de repenser le faire famille et d'avoir des pratiques que je pense meilleures.

Les grossesses trans* permettent en fait de sortir d'une norme dominante et de remettre en question nos manières de faire famille, et de nous ouvrir. Comme Donna Haraway dit, il faut parfois réfléchir à plutôt faire des *kinships* plutôt que faire des familles, donc, comment est-ce qu'on interagit ensemble, comment est-ce qu'on évolue ensemble dans le monde qui est le nôtre, donc un monde qui est traversé par les crises climatiques, par des mouvements sociaux, des évolutions dans le faire famille au sens large. Du coup, penser aux grossesses trans*, aux transparentalités, c'est penser tout ça il me semble. C'est penser la famille au sens très large. Plus on aura de représentations de parentalités différentes, plus on pourra créer de nouveaux imaginaires sur la parentalité et moins on aura en tête qu'une seule manière de faire. Si on les multiplie, si on développe les mots, si on développe les manières de dire les choses, de les penser, ça deviendra quelque chose de « normal ». C'est à nous de réussir à faire le pas de créer ces nouveaux imaginaires.

Après tout ça dépend aussi de nos manières de voir l'accouchement, mais je vois l'accouchement, la grossesse comme un fait **socio-culturellement construit** et donc je ne comprends pas pourquoi est-ce qu'il faudrait autant de raffut autour des grossesses trans* ? C'est juste qu'on a construit la grossesse et la parentalité autour du couple hétérosexuel et cis*, mais à nouveau, c'est quelque chose qui est socio-culturellement construit comme ça. L'imaginaire que l'on a construit autour de la grossesse, et des chercheureuses comme Emily Martin⁵ ou Marcel Mauss⁶ l'ont bien montré, c'est un imaginaire qui est occidental, qui est hétéro, cisnormé, principalement blanc et donc du coup, sortir de cette norme-là me semble bénéfique pour tousxtes puisque l'on multiplie les manières de penser et les imaginaires. Je pense profondément que la grossesse, l'accouchement, la périnatalité, la parentalité au sens large, sont des actes socio-culturellement construits, ce sont des phénomènes incarnés qui se vivent à travers les corps et qui doivent se vivre comme ça. Ce sont des **phénomènes politiques** aussi. La

⁵ Martin, E. (1987). *The Woman in The Body: A Cultural Analysis of Reproduction*. Beacon Press: Boston, United States of America.

⁶ Mauss, M. (1936). Les techniques du corps. *Journal de Psychologie*, 32(3-4), pp. 365-386.

manière dont on choisit de vivre notre grossesse, d'accoucher, d'éduquer nos enfants, c'est profondément politique. En ça, forcément la grossesse trans* est quelque chose de politique, est quelque chose qui fait passer un message et est quelque chose qui permet de réfléchir le faire famille. A un niveau collectif, non, toutes les personnes trans* qui veulent avoir des enfants ne disent pas : « moi je vais en faire quelque chose de politique ! », comme toutes les personnes qui accouchent dans les structures alternatives ou à l'hôpital ne se disent pas : « je vais en faire un acte politique ! », mais y réfléchir à un niveau plus systémique permet d'en faire un acte politique.

Annexes :

Associations/ASBL LGBTQIA+

La fédération PRISME (<https://www.federation-prisme.be/>) : Association wallonne (anciennement Arc-en-Ciel Wallonie) qui travaille activement à la défense des droits des personnes LGBTQIA+. Elle a notamment mis en place la Plateforme Régionale des Associations Trans, Inter et Queer (<https://www.pratiq.be/>) qui est un site regroupant toute une série d'informations, d'aide ainsi qu'un répertoire de professionnel·le·x·s queer-friendly.

Genres Pluriels (<https://www.genrespluriels.be/>) : ASBL qui lutte pour promouvoir la visibilité des personnes aux genres fluides, trans* et inter*. Elle propose différents ateliers (masculinisation/féminisation), des accompagnements/suivis, permet la mise en contact avec des professionnel·le·x·s queer-friendly, propose différentes formations, etc.

CRIBLE (<https://www.cribleasbl.be/>) : ASBL proposant des animations, des accompagnements ainsi que des formations dans le but de déconstruire les stéréotypes autour des genres.

Collectifs/Associations autour de la naissance/VGO

La Plateforme citoyenne pour une naissance respectée (<https://www.naissancerespectee.be/>) : Association belge qui travaille activement contre les VGO et dont un des objectifs principaux est de présenter le plus d'options possibles pour l'accouchement. La Plateforme veut informer les (futur·e·x·s) parent·e·x·s sur les choix qui s'offrent à elleux.

L'Union professionnelle des SF belges (<https://sage-femme.be/>) : Site officiel des maïeuticien·ne·x·s en Belgique permettant de s'informer en tant que parent·e·x·s et professionnel·le·x·s. Un annuaire est disponible sur ce site et il est possible de trouver des maïeuticien·ne·x·s en fonction de leur(s) formation(s) complémentaire(s).

Birth Matters (<https://www.birthmatters.be/?lang=fr>) : Site internet belge informant les personnes sur la périnatalité au sens large en proposant différents articles vulgarisés. Ce site donne aussi à voir des manières différentes de mettre au monde à travers plusieurs récits de naissances et une galerie photos.

Le Collectif Interassociatif autour de la Naissance (<https://ciane.net/>) : Le CIANE (FR) propose différentes publications, informations et formations autour de la naissance afin de visibiliser l'ensemble des manières de mettre au monde.

Le Collectif de Défense de l'Accouchement Accompagné à Domicile (<https://cdaad.fr/>) : Collectif français qui informe et défend l'AAD.

L'Association Professionnelle de l'Accouchement Accompagné à Domicile (<https://apaad.fr/>) : Association française représentant les maïeuticiennes réalisant des AAD. Elle informe les parent·e·x·s en devenir et dispose d'un annuaire de praticiennes réalisant des AAD.

Allaitement/Pharmacologie

Le CRAT (<https://www.lecrat.fr/>) : Le centre de référence sur les agents tératogènes permet de faire des recherches sur des médicaments, des vaccins, des stupéfiants ainsi que de l'imagerie pour connaître leur potentielle tératogénicité pendant la grossesse ou l'allaitement.

LactMed (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK501922/toc/?report=reader>) : Alternative au CRAT.

La Leche League (<https://www.lllfrance.org/>) : Association qui promeut l'allaitement et vise à le faciliter. Elle propose des articles d'informations, des formations ainsi que des conseils spécifiquement sur l'allaitement.

Bibliographie de Claire :

Article permettant d'avoir un historique rapide

Alessandrin, A. (2014). Du « transsexualisme » à la « dysphorie de genre » : ce que le DSM fait des variances de genre. *Revue de l'association française de sociologie*, 9, 1-10. doi : 10.4000/socio-logos.2837

Plusieurs entrées qui me paraissent intéressantes de l'*Encyclopédie critique du genre* dirigée par J. Rennes (2021)

Beaubatie, E. (2021). Trans'. In J. Rennes (Ed.), *Encyclopédie critique du genre* (pp. 775-783). Paris, France : La Découverte.

Cardi, C., et Quagliariello, C. (2021). Corps Maternels. In *Encyclopédie critique du genre* (pp. 196-209). Paris, France : La Découverte.

Chaperon, S. (2021). Organes sexuels. In J. Rennes (Ed.), *Encyclopédie critique du genre* (pp. 510-522). Paris, France : La Découverte.

Gouyon, P-H. (2021). Inné/Acquis. In J. Rennes (Ed.), *Encyclopédie critique du genre* (pp. 383-393). Paris, France : La Découverte.

Raz, M. (2021). Bicatégorisation. In J. Rennes (Ed.), *Encyclopédie critique du genre* (pp. 95-104). Paris, France : La Découverte.

Touraille, P. (2021). Mâle/femelle. In J. Rennes (Ed.), *Encyclopédie critique du genre* (pp. 436-446). Paris, France : La Découverte.

Livre de vulgarisation pour une première approche

Laurent-Mayard, A., & Zafimehy, M. (2021). *Le genre expliqué aux personnes qui sont perdu.es*. Paris, France : Buchet-Chastel.

Autour de l'accouchement/la naissance comme acte socio-culturellement construit

Andaya, E., et El Kotni, M. (2024). Socio-Cultural Approaches to the Anthropology of Reproduction. *Anthropology*. doi : 10.1093/obo/9780199766567-0197

Clesse, C., Lighezzolo-Alnot, J., De Lavergne, S., Hamlin, S., et Scheffler, M. (2018). Histoire de l'accouchement en Occident : évolution des connaissances, techniques, croyances, rites et pratiques professionnelles au travers des âges. *Devenir*, 30(4), pp. 399-417.

Llopis, M. (2023). *Maternités subversives*. Rennes, France : Editions Goater.

Martin, E. (1987). *The Woman in The Body: A Cultural Analysis of Reproduction*. Beacon Press: Boston, United States of America.

Mauss, M. (1936). Les techniques du corps. *Journal de Psychologie*, 32(3-4), pp. 365-386.

Rosenberg, K., Trevathan, W. (2002). Birth, obstetrics and human evolution. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 109(11), pp. 1199-1206.
<https://doi.org/10.1046/j.1471-0528.2002.00010.x>

Autour des VGO

Brunello, S., Gay-Berthomieu, M., Smiles, B., Bardho, E., Schantz, C., et Rozée, V. (2024). *Obstetric and gynaecological violence in the EU. Prevalence, legal frameworkds and educational guidelines for prevention and elimination*. European Parliament.
[https://www.europarl.europa.eu/thinktank/en/document/IPOL_STU\(2024\)761478](https://www.europarl.europa.eu/thinktank/en/document/IPOL_STU(2024)761478)

Lévesque, S., Bergeron, M., Fontaine, L., et Rousseau, C. (2018). La violence obstétricale dans les soins de santé : Une analyse conceptuelle¹. *Recherches féministes*, 31(1), pp. 219-238. <https://doi.org/10.7202/1050662ar>

Miller, S., Abalos, E., Chamillard, M., Ciapponi, A., Colaci, D., Commandé, D., ... et Althabe, F. (2016). Beyond too little, too late and too much, too soon: a pathway towards evidence-based, respectful maternity care worldwide. *The Lancet*, 388, pp. 2176-2192. doi : [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31472-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31472-6)

Organisation Mondiale de la Santé. (2014). *La prévention et l'élimination du manque de respect et des mauvais traitements lors de l'accouchement dans des établissements de soins*. Organisation Mondiale de la Santé.
https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/134589/WHO_RHR_14.23_fre.pdf?sequence=1

Schantz, C., Rozée, V., et Molinier, P. (2022). Les violences obstétricales, un nouvel axe de recherche pour les études de genre, un nouveau défi pour le soin et la société. *Cahiers du Genre*, 2(71), pp. 5-24.

Sénat de Belgique. (2024). *Rapport d'information concernant le droit à l'autodétermination corporelle et la lutte contre les violences obstétricales*. Sénat de Belgique.
<https://www.senate.be/www/?MIval=/Dossiers/Informatieverslag&LEG=7&NR=245 &LANG=fr>

Thysbaert, A-I., et Hausman, J-M. (2023). Vers l'émergence de la problématique des « violences obstétricales et gynécologiques » dans la sphère politique et institutionnelle belge ? *Journal de Droit de la Santé et de l'Assurance Maladie*, 37, pp. 62-74.

Ethnographie (thèse) permettant de penser le *faire famille* autrement

Wauthier, P-Y. (2022). *Faire famille sans faire couple. Comprendre l'hétérogénéisation des parcours familiaux*. Peter Lang : Berne, Suisse.

Articles sélectionnés pour mes résultats

Besse, M., Lampe, N. M., & Emily, S. (2020). Experiences with achieving pregnancy and giving birth among transgender men: A narrative literature review. *The Yale journal of biology & medicine*, 93(4), pp. 517-528.

Botelle, R., Connolly, D., Walker, S., & Bewley, S. (2021). Contemporary and Future Transmasculine Pregnancy and Postnatal Care in the UK. *The Practising Midwife*, 24(5), pp. 8-13.

De-Castro-Peraza, M-E., Garcia-Acosta, J. M., Delgado-Rodriguez, ..., Sosa-Alvarez, M. I., Llabrès-Solé, R., Cardona-Llabrès, C., & Lorenzo-Rocha, N. D. (2019). Biological, Psychological, Social, and Legal Aspects of Trans Parenthood Based on a Real Case – A Literature Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(6).

Fischer, J. O. (2021). Non-binary reproduction: Stories of conception, pregnancy and birth. *International Journal of Transgender Health*, 22(1-2), pp. 77-88.

Garcia-Acosta, J. M., Juan-Valdivia, R. M. S., Fernandez-Martinez, A. D., Lorenzo-Rocha, N. D., & Castro Peraza, M. E. (2020). Trans pregnancy and lactation: A literature review from a nursing perspective. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(1), pp. 44-56.

Greenfield, M., & Darwin, Z. (2021). Trans and non-binary pregnancy, traumatic birth, and perinatal mental health: A scoping review. *International Journal of Transgender Health*, 22(1-2), pp. 203-216.

Griggs, K. M., Waddill, C. B., Bice, A., & Ward, N. (2021). Care During Pregnancy, Childbirth, Postpartum and Human Milk Feeding for Individuals Who Identify as LGBTQ+. *The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 46(1), pp. 43-53.

Hahn, M., Sheran, N., Weber, S., Cohan, D., & Obedin-Maliver, J. (2019). Providing Patient Centered Perinatal Care for Transgender Men and Gender-Diverse Individuals. *Obstetrics and Gynecology*, 134(5), pp. 959-963.

Hoffkling, A., Obedin-Maliver, J., & Sevelius, J. (2017). From erasure to opportunity: A qualitative study of the experiences of transgender men around pregnancy and recommendations for providers. *BMC pregnancy and childbirth*, 17(2), pp. 7-20.

Joyner, A. B., & Riddle, K. (2019). Meeting the obstetrical needs of trans patients. *OB GYN News*, 54(8), pp. 1-13.

- Light, A. D., Stark, B., Gomez-Lobo, V. (2019). Chapter 28 – Fertility, Pregnancy, and Chest Feeding in Transgendered Individuals. In Kovacs, C. S., & Deal, C. L. (Eds.), *Maternal Fetal and Neonatal Endocrinology. Physiology, Pathophysiology and Clinical Management* (pp. 505-513). Cambridge, Etats-Unis d'Amérique: Academic Press.
- Light, A. D., Zimbrunes, S. E., & Gomez-Lobo, V. (2017). Reproductive and Obstetrical Care for Transgender Patients. *Current Obstetrics and Gynecology Reports*, 6, pp. 149-155.
- MacKinnon, K. R., Lefkowitz, A., Lorello, G. R., Schrewe, B., & Kuper, A. (2021). Recognizing and renaming in obstetrics: How do we take better care with language ?. *Obstetric Medicine*, 14(4), pp. 201-203.
- Richardson, B., Price, S., & Campbell-Yeo, M. (2018). Redefining perinatal experience: A philosophical exploration of a hypothetical case of gender diversity in labour and birth. *Journal of Clinical Nursing*, 28(3-4), pp. 703-710.
- Schwartz, A. R., & Moravek, M. (2021). Chapter 10 – Parenting in Transgender and Nonbinary Individuals. In Bergman, K., Petok, W. D. (Eds.), *Psychological and Medical Perspectives on Fertility Care and Sexual Health* (pp. 149-172). Paris, France: Elsevier.
- Stroumsa, D., & Wu, J. P. (2018). Welcoming Transgender and Nonbinary Patients: Expanding the Language of “Women’s Health”. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 6, pp. 585-588.
- Dietz, E. (2021). Normal Parents: Trans Pregnancy and the Production of Reproducers. *International Journal of Transgender Health*, 22(1-2), pp. 191-202.
- Falck, F., Frisé, L., Dhejne, C., & Armuand, G. (2021). Undergoing Pregnancy and Childbirth as Trans Masculine in Sweden: Experiencing and Dealing with Structural Discrimination, Gender Norms and Microaggressions in Antenatal Care, Delivery and Gender Clinics. *International Journal of Transgender Health*, 22(1-2), pp. 42-53.
- McCracken, M., DeHaan, G., & Obedin-Maliver, J. (2022). Perinatal Considerations for Care of Transgender and Nonbinary People: A Narrative Review. *Current Opinings in Obstetrics and Gynecology*, 34, pp. 1-7.
- Moseson, H., Fix, L., Hastings, J., Stoeffler, A., Lunn, M. R., Flentje, A., Lubensky, M. E., ... & Obedin-Maliver, J. (2021). Pregnancy Intentions and Outcomes Among Transgender, Nonbinary, and Gender-expansive People Assigned Female or Intersex at Birth in the United States: Results from a National, Quantitative Survey. *International Journal of Transgender Health*, 22(1-2), pp. 30-41.