

Accès à la procréation médicalement assistée (PMA) pour les personnes LGBTQ+ au Québec : réalités, obstacles et éléments facilitants

RAPPORT DE RECHERCHE

Programme de soutien financier à des initiatives en matière d'égalité entre
les femmes et les hommes du Secrétariat à la condition féminine du Québec



Citation suggérée

Équipe de recherche ACCÈS. Accès à la procréation médicalement assistée (PMA) pour les personnes LGBTQ+ : réalités, obstacles et éléments facilitants — Rapport de recherche. Québec : Chaire de recherche du Canada sur la procréation pour autrui et les liens familiaux, Coalition des familles LGBTQ+, Centre de recherche Jeunes, familles et réponses sociales (JEFAR); 2025.

Rédaction

Claudia Fournier
Emma Bouffard
Isabel Côté

Direction scientifique du projet

Isabel Côté

Équipe de recherche

Isabel Côté
Mona Greenbaum
Claudia Fournier
Kévin Lavoie
Emma Bouffard
Anna Aslett

Graphisme

Tessier atelier

Table des matières

Faits saillants	iv
Avant-propos	v
Organisations partenaires	vi
Introduction	1
Déroulement de la recherche	2
Portrait des personnes rencontrées	3
Résultats	4
Deux types de parcours : la PMA exclusive, ou combinée à des alternatives	4
Des obstacles généraux dans l'organisation des services	6
Une expérience globale marquée par l'hétérocisnormativité	7
Des protocoles encadrants, mais perçus comme peu adaptés aux réalités des personnes LGBTQ+	9
Les défis et enjeux du recours au don de sperme	12
La rencontre psychosociale : entre soutien et sentiment de jugement	14
Les stratégies d'adaptation déployées	16
Conclusion	17

Faits saillants

13 familles LGBTQ+ ont été interrogées sur leur expérience en PMA : 8 couples de femmes cisgenre¹, 3 couples formés d'une femme cisgenre et d'une personne d'un autre genre, et 2 mères soloparentales

Certain·es suivent un parcours uniquement en PMA, tandis que d'autres combinent plusieurs options (insémination artisanale, coparentalité élective, adoption) pour maximiser leurs chances de fonder une famille.

Le type de parcours est influencé par les préférences, mais aussi par le lieu de résidence, le statut socioéconomique, l'accessibilité des services et la disponibilité des paillettes de sperme.

Les protocoles sont perçus comme conçus pour des couples hétérosexuels cisgenres infertiles, et peu adaptés à leur réalité.

La rencontre psychosociale est souvent vécue comme une étape stressante ou intrusive, bien qu'elle soit parfois jugée aidante.

Le processus est souvent long, coûteux et stressant, poussant plusieurs à développer des stratégies d'adaptation ou à se tourner vers d'autres options pour concevoir leur enfant.

L'hétérocisnormativité² se manifeste dans les formulaires, les interactions avec le personnel et l'organisation des services, affectant la qualité de l'expérience vécue.

¹ Cisgenres : Personnes qui s'identifient au sexe et au genre assignés à la naissance.

² Hétérocisnormativité : Norme sociale dominante qui suppose que tout le monde est ou devrait être hétérosexuel et cisgenre, ce qui a pour effet d'invisibiliser ou de marginaliser les personnes LGBTQ+.

Avant-propos

Ce rapport présente les résultats du projet de recherche ACCÈS, mené en partenariat par la Chaire de recherche du Canada sur la procréation pour autrui et les liens familiaux, la Coalition des familles LGBTQ+ et le Centre de recherche Jeunes, familles et réponses sociales, a été financé par le Secrétariat à la condition féminine du Québec.

Cette recherche vise à **documenter les expériences de personnes LGBTQ+ ayant eu recours à la procréation médicalement assistée (PMA) au Québec, afin de mieux comprendre les obstacles rencontrés, les facteurs facilitants et les stratégies d'adaptation**. Elle se concentre plus particulièrement sur l'expérience de familles dont au moins un des parents peut porter un enfant — soit des femmes cisgenres lesbiennes, bisexuelles ou pansexuelles, ainsi que des personnes trans et non-binaires.

Par souci de lisibilité, nous utilisons dans ce rapport le terme « personnes LGBTQ+ » pour désigner l'ensemble des personnes concernées, tout en reconnaissant la spécificité des identités et des parcours inclus dans l'échantillon.

Le projet a bénéficié de l'expertise terrain de la Coalition des familles LGBTQ+, dont la connaissance fine des enjeux vécus par les familles LGBTQ+ a contribué à orienter les réflexions et à interpréter les résultats. Un comité d'encadrement, composé de personnes LGBTQ+ ayant eu recours à la PMA, a également été consulté à différentes étapes du processus afin de s'assurer que le projet réponde aux préoccupations des personnes concernées.

Nous tenons à remercier chaleureusement les personnes participantes qui ont accepté de partager leur vécu avec générosité et lucidité. Leur contribution est au cœur de ce rapport.

Nous remercions également le Secrétariat à la condition féminine pour le soutien financier à la réalisation de ce projet.

Dans une perspective de transfert des connaissances, le projet a également donné lieu, en plus du présent rapport, à la création de plusieurs outils — infographies, capsules vidéo — pour mieux outiller les personnes concernées, ainsi qu'à un guide de pratiques inclusives à l'intention du personnel des cliniques de fertilité. Deux recensions des écrits ont également été produites, l'une portant sur l'accès aux services de fertilité, et l'autre, sur le don de sperme en ligne. Tous ces outils sont disponibles sur les sites web des trois organisations qui ont participé à la rédaction de ce rapport.

Organisations partenaires

La **Chaire de recherche du Canada sur la procréation pour autrui et les liens familiaux** vise à développer une compréhension globale et intégrative de la réalisation de projets parentaux à l'aide de donneurs ou de donneuses de gamètes et d'embryons ou de femmes porteuses.

La **Coalition des familles LGBT+** est un organisme communautaire de défense de droits qui vise la reconnaissance sociale et légale des familles de la diversité sexuelle et de la pluralité des genres. La Coalition travaille à bâtir un monde où toutes les familles sont célébrées et valorisées. Ses actions sont guidées par ses valeurs d'équité, d'inclusion, de bienveillance et de solidarité.

Le **Centre de recherche Jeunes, familles et réponses sociales (JEFAR)** a pour mission de développer des connaissances fondamentales et appliquées sur le vécu des jeunes, des couples et des familles ainsi que sur les réponses sociales déployées pour favoriser leur inclusion.

Ce projet a été financé par le **Secrétariat à la condition féminine du Québec**.

Introduction

Pour réaliser leur projet parental, de nombreuses personnes LGBTQ+ pouvant porter un enfant ont recours aux services de procréation médicalement assistée (PMA), aussi appelés cliniques de fertilité. Ce recours s'avère fréquemment motivé par la nécessité d'accéder à du matériel génétique extérieur pour concevoir un enfant, ou encore, par des circonstances où la fertilité peut être affectée dans le cadre d'un parcours de transition de genre. À l'instar des personnes hétérosexuelles et cisgenres, les personnes LGBTQ+ peuvent opter pour la procréation assistée pour diverses raisons, comme établir un lien biologique avec leur enfant, vivre l'expérience de la grossesse, ou éviter les démarches longues et complexes associées au processus d'adoption.

Les avancées récentes en matière de technologies reproductives, ainsi que les avancées sociales et juridiques pour mieux reconnaître les familles LGBTQ+, ont permis à plus de personnes de ces communautés de devenir parents, tendance qui devrait continuer à croître dans les prochaines années.

Malgré ces possibilités, les personnes LGBTQ+ continuent de se heurter à de nombreux obstacles lorsqu'elles souhaitent accéder à la PMA. Une recension effectuée dans le cadre de ce projet met en lumière plusieurs enjeux structurels, dont un manque de sensibilisation du personnel à la diversité sexuelle et de genre, une faible représentation des différentes configurations familiales au sein des cliniques de fertilité, ainsi que la persistance de l'hétérocisnormativité.

Cette norme influence non seulement les interactions avec les professionnel·les des cliniques, mais également, de manière plus systémique, l'organisation des services et l'expérience des soins. Ces difficultés viennent s'ajouter aux barrières déjà bien documentées que sont les délais d'attente, les coûts souvent prohibitifs ou la complexité des démarches.

Or, cette réalité demeure peu étudiée en contexte québécois. Quelles sont les expériences vécues par les personnes LGBTQ+ ayant eu recours à la PMA au Québec? Quels obstacles entravent leur parcours et quels éléments facilitent l'accès à ces services? Le présent rapport vise à apporter des éléments de réponses à ces questions, en s'appuyant sur des données recueillies auprès de personnes concernées.



Déroulement de la recherche

Entre novembre 2023 et janvier 2024, notre équipe a réalisé des entrevues auprès de 13 familles ayant eu recours à la PMA au cours des cinq dernières années et résidant dans différentes régions du Québec. Ces entrevues ont été menées en personne ou par visioconférence, selon ce qui convenait le mieux aux personnes rencontrées. Les données ont été récoltées par le biais d'entrevues semi-dirigées permettant d'aborder un ensemble de thématiques préalablement définies, tout en laissant la latitude nécessaire aux participant·es pour raconter librement leur parcours et leur expérience. Les entrevues ont eu lieu individuellement ou en couple, en fonction de la disponibilité et des préférences des personnes participantes. Les thèmes suivants ont été abordés :

- Le parcours en PMA en tant que personnes LGBTQ+;
- La satisfaction à l'égard des services reçus;
- Les autres avenues explorées pour fonder une famille (ex. adoption);
- Les obstacles rencontrés et les éléments facilitants;
- Les stratégies d'adaptation;
- Les recommandations destinées aux personnes concernées et les stratégies pour améliorer l'accès à la PMA.

Le contenu des entrevues a été transcrit intégralement, puis analysé de façon à identifier les facteurs ayant façonné l'expérience des familles rencontrées. Afin d'avoir une vue d'ensemble des trajectoires, des fiches synthèses ont été élaborées pour chaque famille, permettant ainsi de contextualiser les données afin d'en dégager les grandes tendances. Cette approche a permis d'offrir une vision nuancée des expériences, en prenant en considération les particularités de chaque parcours. L'analyse a été conduite avec une attention particulière aux spécificités liées à la diversité sexuelle et de genre, afin de mettre en lumière les éléments distinctifs influençant l'accès à la PMA.

Ce projet de recherche a été approuvé par le Comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec en Outaouais (UQO, # de certificat 2024 2686). La participation à l'étude était volontaire, et toutes les mesures nécessaires ont été prises pour garantir la confidentialité des données recueillies. Dans le présent rapport de recherche, les données permettant d'identifier les personnes participantes ont été omises et des pseudonymes leur ont été attribués lors de la restitution de leurs propos, afin de garantir le respect de l'anonymat.



Portrait des personnes rencontrées

Les 13 familles réunies dans cette étude comprennent 11 couples et deux mères soloparentales, soit un total de 24 participant-es, âgé-es entre 29 à 53 ans.

8

Couples
de femmes
cisgenres

13

Couples avec une femme
cisgenre et une personne
d'un autre genre
(une femme queer, une
femme en questionnement
et un homme trans)

2

Mères soloparentales
(une femme cisgenre
et une personne
genderqueer)

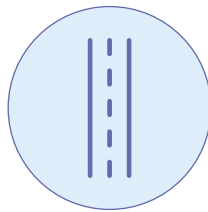
Les trois quarts des personnes participantes s'identifient comme lesbiennes. D'autres se reconnaissent comme bisexuelles, pansexuelles, queer ou préfèrent ne pas attribuer d'étiquette précise à leur orientation sexuelle. La majorité sont d'origine québécoise, incluant une personne autochtone, tandis que quelques-unes proviennent de pays européens, africains, asiatiques ou latino-américains.

Au moment de l'entrevue, presque toutes les familles avaient donné naissance à au moins un enfant ou étaient en cours de grossesse. La grande majorité des enfants ont été conçus par le biais de la PMA, alors que trois l'ont été grâce à des dons hors clinique. Trois autres familles en étaient au début du processus et n'avaient pas encore conçu d'enfant.

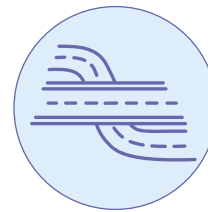
Résultats

Deux types de parcours : la PMA exclusive, ou combinée à des alternatives

Les personnes rencontrées ont emprunté deux types de trajectoires pour fonder leur famille. Sept familles ont suivi un parcours unique en PMA (groupe « PMA exclusive »), tandis que six autres ont combiné la PMA à plusieurs options, telles que le recours à un individu donneur connu (dans leur entourage ou rencontré en ligne), la coparentalité élective ou l'adoption, et ce, afin de maximiser leurs chances de devenir parent (groupe « PMA et alternatives »).



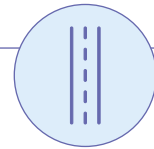
PMA exclusive
(7 familles)



PMA et alternatives
(6 familles)

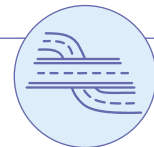
	PMA exclusive (7 familles)	PMA et alternatives (6 familles)
Région	Essentiellement Montréal et les environs	Diverses régions, majoritairement à l'extérieur de Montréal et les environs
Revenu annuel par personne	Majorité > 50 000 \$	Majorité < 50 000 \$
Enfants nés	5 (dont deux de la même famille)	3 (2 issus d'un don en ligne, 1 issu d'un don de l'entourage)
Grossesse en cours	4 (dont une grossesse de jumeaux)	3 (2 issues de la PMA, 1 issue d'un don en ligne)

Différentes motivations pour recourir à la PMA sont évoquées parmi les deux groupes. Le groupe « PMA et alternatives » mentionne également des motivations distinctes pour recourir à d'autres options, en parallèle ou à différentes étapes du parcours, par exemple avant ou après les démarches en clinique.



Motivations à recourir à la PMA

- Bénéficier d'un cadre médical sécurisant;
- Avoir un lien biologique avec l'enfant;
- Permettre aux deux partenaires d'avoir un lien biologique avec l'enfant (FIV-ROPA)³;
- Éviter de dépendre d'un individu de l'entourage pour un don de sperme;
- Prévenir toute revendication de filiation par l'individu donneur;
- Limiter les risques d'être victime d'un individu donneur qui donne à un très grand nombre de personnes, à l'insu des parents concernés.



Motivation à recourir à des alternatives à la PMA

- Accélérer le processus;
- Réduire les coûts, surtout pour les familles moins nanties;
- Minimiser les déplacements lorsque les services de PMA ne sont pas offerts localement;
- Accéder à une plus grande sélection d'individus donneurs;
- Ressentir de l'inconfort face aux normes régissant le don de sperme en clinique;
- S'engager dans des démarches jugées plus simples ou moins rigides.

³ ROPA (réception d'ovules du ou de la partenaire) : technique de FIV où l'un·e des partenaires fournit les ovules (parent génétique) et l'autre reçoit l'embryon et porte l'enfant (parent gestationnel).

Des obstacles généraux dans l'organisation des services

Les participant·es mettent en évidence de nombreux facteurs d'influence sur leur expérience de la PMA, dont plusieurs ne sont pas spécifiquement liés à leur identité LGBTQ+. Par exemple, la réactivité du personnel, notamment concernant les retours d'appel, ainsi que la ponctualité des rendez-vous, contribuent à un suivi efficace, renforçant ainsi le sentiment d'être bien accompagné·e tout au long du processus. Une approche chaleureuse et une attention portée aux questions et préoccupations de la patientèle favorisent la création d'un climat de confiance, tandis que la clarté des informations transmises sur les démarches, les traitements et les options de conception facilite la compréhension et la prise de décision éclairée chez les personnes concernées.

Toutefois, la plupart des personnes interrogées ont été confrontées à de nombreux défis, tels que des délais pour avoir accès aux services, des coûts élevés, des difficultés de communication avec le personnel, une perception de manque d'informations concernant les démarches à suivre, des lacunes administratives ainsi que le caractère froid et impersonnel des démarches. Bien que ces obstacles concernent toutes les personnes impliquées dans un parcours de PMA, nonobstant leur orientation sexuelle ou leur identité de genre, ils représentent une « toile de fond » sur laquelle s'ajoutent les obstacles spécifiques à leur réalité LGBTQ+, qui sont abordés dans les sections suivantes.

C'est une grosse machine. On ne sait jamais à qui parler, la communication est difficile. Pour les remboursements, on n'a jamais eu aucune réponse de leur part. On a envoyé courriels, messages téléphoniques. C'est super compliqué. Les rendez-vous aussi : tu arrives le matin, tu ne sais jamais à quelle heure tu vas sortir. [...] Tu es dans une salle d'attente, puis ils appellent toutes les patientes qu'ils répartissent dans les salles. Tu as l'impression d'être du bétail [rires]. Puis, ils vont faire les inséminations de tout le monde en même temps.

Coralie et Clara, femme queer et femme cisgenre, couple lesbien, PMA exclusive)

Chez les personnes du groupe « PMA exclusive », l'impossibilité de concevoir un enfant sans l'intervention d'un tiers engendre un sentiment de dépendance vis-à-vis du système médical, accompagné d'un sentiment d'injustice et d'une rupture avec la dimension romantique associée à la procréation.

J'ai trouvé ça injuste que nous, on soit obligées de passer par ça. Il n'y a rien de glamour de passer par une clinique, puis de se faire injecter le sperme de quelqu'un qu'on ne connaît pas pour avoir des enfants, alors que d'autres peuvent juste faire ça dans le romantisme de leur chambre.

Coralie et Clara, femme queer et femme cisgenre, couple lesbien, PMA exclusive

Une expérience globale marquée par l'hétérocisnormativité

Plusieurs personnes participantes ont souligné les éléments ayant contribué à un sentiment d'inclusion dans certaines cliniques, telles que l'utilisation de formulaires neutres ou la présence d'images représentant une diversité de configurations familiales. Toutefois, la majorité d'entre elles estime que les services demeurent globalement peu adaptés aux réalités et aux besoins spécifiques des familles LGBTQ+.

Certaines personnes dépeignent le milieu de la PMA comme étant imprégné d'attentes hétérocisnormatives, lesquelles reflètent les dynamiques sociales plus larges. Même en l'absence de discrimination explicite, le manque de représentation des familles LGBTQ+ contribue à une moindre satisfaction à l'égard des services. Plusieurs situations récurrentes en témoignent, comme la présomption d'hétérosexualité, qui oblige certaines personnes à réitérer qu'elles forment un couple de femmes.

L'identité de genre et l'orientation sexuelle sont également souvent présumées, générant un malaise, particulièrement chez les personnes non cisgenres ou chez leur partenaire. C'est ce qu'ont vécu Maude et Laurence, qui rapportent avoir été invisibilisées à plusieurs reprises à la fois sur la base de l'orientation sexuelle et de l'identité de genre :

Quand tu appelles à la clinique, ça dit « composez le 1 pour des problèmes de fertilité, le 2 pour autres choses ». Il n'y pas d'option pour les couples de même sexe, donc tu coches « problèmes de fertilité ». C'est un détail, mais tu te dis : « Je ne suis pas exactement représentée, encore une fois. » [...] Le formulaire, c'est « conjoint », c'est masculin. Il n'y a pas d'autres possibilités. [...] Pansexuelle, ils ne le prennent pas, eux. [...] Tu arrives ici avec une femme : ils prennent pour acquis que c'est deux femmes lesbiennes, il n'y a pas d'autre possibilité. Ça te case à chaque fois, puis moi ça me rend mal-à-l'aise.

Maude et Laurence, femme cisgenre pansexuelle et personne lesbienne en questionnaire sur son identité de genre, PMA exclusive

D'autres évoquent l'absence d'efforts de la part du personnel pour s'informer sur leur réalité, ainsi que le non-respect du prénom et des pronoms choisis, ce qui contribue à une impression de marginalisation au sein même des services. Ce manque de considération peut être d'autant plus frustrant que certaines cliniques se présentent comme inclusives (par exemple, par l'affichage de symboles LGBTQ+) sans que cette posture ne se reflète concrètement dans les pratiques ou les interactions avec la patientèle.

Sur le site, il y a un petit drapeau de la fierté, mais je ne sens pas tant que ça que c'est queer-friendly, à part qu'ils offrent des services payants aux personnes LGBT. Je ne pense pas qu'on nous a demandé nos pronoms. Moi je devais utiliser mon nom légal, alors que depuis des années j'utilise un prénom choisi [...]. Je comprends qu'ils ont besoin de mes informations légales, mais ça aurait été bien de les mettre une fois au dossier, puis après d'utiliser mon prénom choisi et mes pronoms.

Sky, personne genderqueer pansexuelle, PMA exclusive

Précisons que c'est le groupe « PMA exclusive » qui rapporte plus d'insatisfaction liée à l'hétérocisnormativité au sein des cliniques. Le groupe « PMA et alternatives », qui a souvent moins interagi avec le personnel des cliniques, apparaît globalement davantage préoccupé par les délais et les obstacles structurels, principales motivations à se tourner vers des méthodes alternatives.

Des protocoles encadrants, mais perçus comme peu adaptés aux réalités des personnes LGBTQ+

Certaines familles perçoivent les protocoles cliniques comme une source de sécurité et d'encadrement, ce qui contribue à une appréciation positive des services reçus. Les examens initiaux, les traitements hormonaux ainsi que les tests génétiques sont notamment considérés comme des éléments renforçant les chances de grossesse et la compatibilité génétique avec l'individu donneur.

Des démarches perçues comme structurellement inadaptées

La plupart des participant·es estiment toutefois que les protocoles cliniques, élaborés principalement pour des couples hétérosexuels cisgenres confrontés à l'infertilité, sont peu adaptés aux réalités des personnes LGBTQ+. Plusieurs mentionnent le caractère onéreux et parfois douloureux de certains tests exigés et dont la pertinence ne leur est pas toujours clairement expliquée. Ce manque d'explications de la part du personnel médical renforce le sentiment d'inadéquation entre les protocoles appliqués et les besoins spécifiques des personnes LGBTQ+, alimentant ainsi la frustration face aux services offerts. Comme plusieurs, Delphine et Jeanne, qui ne présentent a priori pas d'enjeux sur le plan de leur fertilité, ont ainsi dû se soumettre à des tests médicaux alors qu'elles auraient souhaité un accompagnement plus en phase avec leur situation.

On nous fait passer des tests pour essayer de détecter l'infertilité, mais on n'a pas de preuve comme quoi on est infertiles, puis il n'y a aucun enjeu particulier. Il n'y a pas vraiment de place pour avoir un chemin alternatif, ni pour avoir un accompagnement qui est adapté à nous.



Delphine et Jeanne, couple lesbien cisgenre, PMA exclusive

L'hétérocisnormativité se manifeste également dans la tenue des dossiers et les interactions avec le personnel, ce qui renforce chez plusieurs participant·es des sentiments d'invisibilisation et de frustration. Le fait que leur orientation sexuelle et leur configuration familiale ne soit pas prises en considération peut mener à des situations inappropriées, où les interactions et les conseils prodigués reposent sur l'hypothèse d'un couple hétérosexuel et cisgenre.

L'autre fois, la secrétaire a dit... [Jeanne] est clairement à côté de moi, puis pour planifier l'insémination, elle demande si c'est un échantillon de donneur ou si c'est son échantillon. [Jeanne] a répondu : « Ça va être vraiment dur pour moi de produire un échantillon ! » [rires]. C'était absurde.

Delphine et Jeanne, couple lesbien cisgenre,
PMA exclusive

C'est arrivé à plusieurs reprises par plusieurs médecins, qu'après les inséminations, je me faisais dire que je pouvais avoir des relations sexuelles avec mon mari. Je trouvais ça insultant. [...] Ils ne sont pas obligés d'écrire lesbiennes s'ils ne veulent pas écrire lesbiennes, mais ils peuvent écrire leur maudit terme, « infertilité sociale ». En ce moment, la personne à qui je fais une insémination artificielle, pourquoi je lui fais une insémination artificielle ? Il me semble que c'est la base.

Véronique et Stéphanie, couple lesbien cisgenre,
PMA exclusive

Comme d'autres, Véronique et Stéphanie critiquent l'utilisation de cette catégorie d'infertilité sociale. Le terme est jugé inadéquat, flou, voire offensant, dans la mesure où il réduit leur réalité à une « infertilité » alors qu'il ne s'agit pas d'un problème médical, mais bien d'un besoin d'accès à du matériel génétique. Pour certaines personnes, ce vocabulaire traduit une vision hétérocisnormative de la parentalité et contribue à marginaliser les parcours LGBTQ+.

Une pression à modifier un projet parental en considérant les partenaires comme interchangeables

Un couple rapporte avoir ressenti une forme de pression à ajuster son projet parental en raison du fait que les deux partenaires avaient la capacité biologique de porter un enfant. Les suggestions formulées par le personnel médical, qui reposaient sur l'hypothèse de l'interchangeabilité des rôles parentaux, ont généré un malaise important chez la personne qui ne souhaitait pas porter, son choix n'ayant pas été pleinement reconnu ni respecté. Cette situation met en lumière une approche qui tend à ignorer les dimensions subjectives et identitaires des parcours parentaux.

De fait, ce ne sont pas toutes les femmes cisgenres ou les personnes dotées d'un utérus qui souhaitent porter un enfant. Elle soulève également des enjeux plus larges liés à l'autonomie reproductive des partenaires et à la reconnaissance des préférences individuelles au sein des familles LGBTQ+, lesquelles ne peuvent pas être réduites à des considérations biologiques ou à des rôles genrés traditionnels, comme le mentionnent avec éloquence Maude et Laurence :

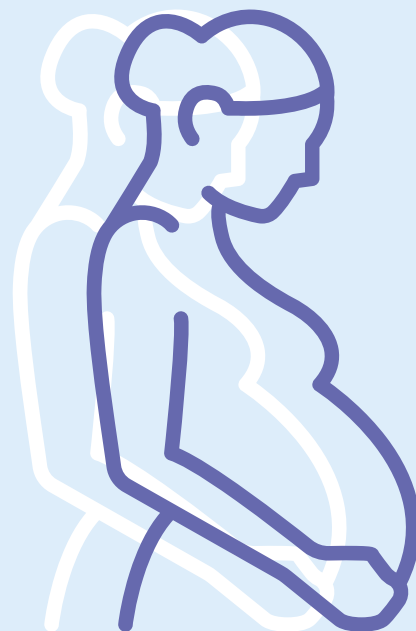
Elle s'est tellement fait dire souvent :
« Mais pourquoi ce n'est pas toi qui le portes ?
Dans un plan B, ça pourrait être toi qui le portes. »

Maude

Je ne suis pas nécessairement à l'aise. [...] « Ouais mais tu es une femme, tu as tout... ». Je m'en fous. Dans ma tête à moi, il n'y rien de tout ça. C'est impossible. [...] Des fois, tu n'as pas envie de donner une réponse, tu veux juste dire non, puis qu'on te dise « Ok c'est bon », puis on n'en parle plus.

Laurence

Maude et Laurence, femme cisgenre pansexuelle et personne lesbienne en questionnement sur son identité de genre, PMA exclusive



Les défis et enjeux du recours au don de sperme

Parce qu'elles doivent souvent recourir à un don de sperme pour concevoir, les personnes LGBTQ+ font face à des défis particuliers liés à l'accès au sperme et à la disponibilité des individus donneurs, comme l'expliquent Véronique et Stéphanie :

L'accès au sperme, c'est majeur pour les lesbiennes [...] En clinique de fertilité, l'accès au sperme, ça structure ton projet parental au complet. Ton projet parental est bâti sur ta capacité à obtenir du sperme. Puis ce n'est vraiment pas évident

Véronique et Stéphanie,
couple lesbien cisgenre, PMA exclusive



Un processus complexe avec peu d'accompagnement et des critères difficiles à satisfaire

La recherche d'un individu donneur dans les banques de sperme en ligne est décrite, par la plupart des participant·es comme complexe et éprouvante. Le manque d'informations claires sur les démarches à entreprendre, combiné à l'accès restreint aux données détaillées concernant les profils des individus donneurs accentue la confusion et l'incertitude. Plusieurs personnes déplorent un accompagnement limité de la part des cliniques, ce qui contribue à un sentiment d'isolement dans une phase pourtant importante du processus. Pour certaines familles, cette étape constitue l'un des plus grands défis du parcours en PMA, notamment en raison de la rareté des paillettes disponibles et du choix restreint d'individus donneurs, lequel limite la possibilité de faire un choix éclairé et aligné avec leurs valeurs ou attentes.

Le choix d'un individu donneur repose sur une variété de critères tels que les antécédents médicaux, l'accès à des photos à l'âge adulte, et parfois une ressemblance physique avec le parent non biologique, notamment chez les personnes racisées. Ces critères, bien qu'essentiels pour certaines familles, complexifient le processus de sélection et entraînent souvent des coûts et des délais supplémentaires, particulièrement lorsqu'il faut se tourner vers des banques de sperme internationales. Dans ce contexte, certaines personnes comme Ariane et Éléonore, ont été amenées à réévaluer leurs critères de sélection ou à explorer des méthodes alternatives pour concevoir.



On avait des petits critères physiques. On voulait idéalement qu'il soit blond, aux yeux bleus pour qu'il ressemble un peu à Ariane. Mais finalement, tu te rends compte que... Au début, tu as une liste de critères à peu près qui mesure quatre pieds de long. [...] Je voulais absolument avoir des photos de lui adulte, mais il n'y en a tellement pas beaucoup de donneurs qui sont d'accord pour mettre des photos adultes, qu'au final, notre donneur, on a juste des photos d'enfants. Il a fallu qu'on baisse nos critères de recherche parce que sinon, on serait encore en train de chercher.

Ariane et Éléonore,
couple lesbien cisgenre, PMA et alternatives

Néanmoins, quelques personnes se disent tout de même satisfaites de leur choix, en particulier lorsqu'elles ont eu accès à des informations détaillées et à une sélection variée d'individus donneurs, comme le soulignent Karine et Juliette :

Comme Juliette est [d'origine asiatique], on voulait que le bébé partage nos deux héritages. Donc on a trouvé un donneur dans une banque de sperme [qui est de la même origine qu'elle]. Ça c'était important, puis on est vraiment contentes ! Il a l'air d'une personne qu'on apprécierait. [...] Cette personne-là, il a écrit un petit essai, il a vraiment tout fait qu'est-ce qu'il pouvait faire. Il a l'air d'être quelqu'un de vraiment intéressant, intelligent, aussi super curieux, et créatif.



Karine et Juliette, femme cisgenre bisexuelle et
femme cisgenre lesbienne, PMA et alternatives

Le don dirigé, une option peu accessible

Quelques personnes ont exprimé le souhait d'un processus plus flexible, facilitant l'accès aux dons dirigés en clinique, que ce soit par l'intermédiaire d'un individu donneur au sein de leur entourage ou rencontré en ligne. Bien que cette option soit possible, elle n'est pas systématiquement offerte par toutes les cliniques et nécessite le respect de certaines conditions (ex. la mise en quarantaine du sperme pour le dépistage d'ITSS), ce qui entraîne des délais additionnels. Ces exigences sont perçues comme une contrainte majeure. Certaines personnes estiment qu'un encadrement en clinique offrirait une alternative plus sécuritaire aux inséminations artisanales.



Si on a un couple d'ami·es, ou un ami homme qui nous disait « Je suis prêt à aider », j'aurais aimé ça, moi, idéalement, le faire en clinique. Qu'il puisse faire son petit truc dans son petit pot, puis qu'après ça, on fasse l'insémination, frais, direct. Non, ils disaient que ça ne marche pas comme ça, qu'on ne peut pas faire ça. [...] Il faut qu'ils gèlent le sperme. C'est sûr que si tu nous dis « Attends six mois », les lesbiennes, on n'attend pas six mois. C'est sûr ça va être fait comme le mois prochain. Je trouve que ça, c'est de mettre les bâtons dans les roues.

Élisabeth et Olivia,
couple lesbien cisgenre,
PMA et alternatives

La rencontre psychosociale : entre soutien et sentiment de jugement

Les cliniques de fertilité exigent généralement une consultation psychosociale pour les personnes ayant recours à un don de gamètes. Cette étape, qui a pour objectif de discuter du projet parental et de fournir de l'information sur le don, est perçue de manière variable par les personnes participantes. Lorsque la rencontre fournit des outils concrets — par exemple sur le choix de l'individu donneur ou la manière d'expliquer la conception à l'enfant — certaines personnes, comme Sky, la trouvent pertinente et soutenante.

Elle m'a mis en lien avec un groupe Facebook de mamans solo par choix, qui est vraiment devenu ma communauté. [...] J'ai aimé qu'elle me donne des ressources, des livres aussi que je vais pouvoir utiliser pour raconter l'histoire de la conception à mon enfant.

Sky, personne genderqueer pansexuelle,
PMA exclusive

Cependant, pour la majorité des participant·es, cette rencontre représente une source de stress considérable. Souvent perçue comme une évaluation, elle suscite la crainte de « ne pas passer le test ». Les témoignages et avis partagés en ligne par la patientèle, ainsi que les discussions avec des connaissances ayant déjà traversé un processus de PMA, contribuent parfois à exacerber ces appréhensions. En conséquence, certain·es se préparent activement à cette rencontre ou choisissent de taire ou de modifier certaines informations personnelles, telles que des détails sur leur état de santé ou leur réseau de soutien, dans le but d'éviter un refus, des coûts ou des délais supplémentaires. Karine et Juliette expriment ainsi leur sentiment de frustration devant des questions perçues comme intrusives et non pertinentes pour leur projet parental et dénoncent les frais supplémentaires qu'entraîne cette obligation.

Ils demandent 350 \$, c'est tellement abusif. Je suis vraiment frustrée [rires], ça doit se ressentir dans ma voix. Puis évidemment qu'on va juste lui dire ce qu'elle veut entendre, pour en finir avec ça, pour ne pas être comme « Je vais avoir un deuxième rendez-vous pour m'assurer que nananana. ». Par exemple, « Comment est ta relation avec tes parents? ». Moi, je ne parle pas avec mon père depuis une couple d'années. J'étais juste comme : « Mes deux parents sont mon support financier ».

Karine et Juliette, femme
cisgenre bisexuelle et
femme cisgenre lesbienne,
PMA et alternatives

Une mesure perçue comme inéquitable et mal adaptée

Cette rencontre est souvent perçue comme discriminatoire, car elle n'est pas requise pour toutes les personnes souhaitant avoir des enfants par le biais de la PMA, mais seulement les personnes qui doivent réaliser leur projet parental grâce à un don de gamètes. Cela touche donc particulièrement les personnes LGBTQ+. Cette rencontre est d'autant plus critiquée lorsqu'elle inclut des commentaires et questions perçues comme pathologisantes ou hétérocisnormatives, ce qui génère un malaise et un sentiment de jugement, comme lorsque les personnes doivent justifier la présence d'un « référent masculin » qui serait nécessaire au bon développement de l'enfant à venir.

Certaines personnes déplorent également le manque d'adaptation des ressources proposées et l'absence de soutien adéquat en cas d'échecs répétés des inséminations. La rencontre, parfois présentée comme un moyen de mieux accepter le recours au don pour réaliser son projet parental, semble mal répondre aux réalités de plusieurs, qui ont souvent intégré cette donnée bien avant d'entamer leur parcours en PMA.



J'ai trouvé que c'était vraiment très porté sur le jugement de « Est-ce qu'on est qualifiées pour être des bons parents ? » [...]. Évidemment, notre deuil est fait qu'on ne sera pas les deux des parents biologiques en même temps. Je trouvais cette étape-là non nécessaire, dégradante d'un certain côté.

Élisabeth et Olivia, couple lesbien cisgenre, PMA et alternatives

Les stratégies d'adaptation déployées

Pour faire face aux différents obstacles généraux rencontrés à travers leur parcours en PMA, nous avons demandé aux personnes participantes de partager les stratégies qu'elles ont mises en place ou qu'elles recommandent. Ces stratégies, qui couvrent un large spectre, sont autant de moyens de faire preuve de résilience dans le parcours conduisant à la réalisation de leur projet parental :

- ✓ Se préparer mentalement à affronter les défis du parcours en PMA;
- ✓ Cibler des cliniques avec des délais plus courts;
- ✓ S'inscrire sur les listes d'attente de plusieurs cliniques;
- ✓ Suivre de près l'avancement du dossier pour éviter les erreurs administratives;
- ✓ Se concentrer sur l'objectif final de concevoir un enfant;
- ✓ Utiliser l'humour ou l'acceptation pour rendre l'expérience plus supportable;
- ✓ S'informer auprès de ressources externes (ex. organismes, témoignages, forums en ligne);
- ✓ Élargir les critères pour la sélection des individus donneurs;
- ✓ Cacher ou modifier certaines informations lors de la rencontre psychosociale;
- ✓ Faire des pauses dans le parcours pour mettre de l'argent de côté;
- ✓ Reporter d'autres projets (ex. achat de maison) pour financer la PMA;
- ✓ Envisager d'autres alternatives à la PMA.

Certaines stratégies pour faire face aux enjeux liés plus spécifiquement à l'hétérocisnormativité des services ressortent également :

- ✓ (Ré)affirmer son orientation sexuelle ou son identité de genre;
- ✓ Demander des explications pour mieux comprendre la pertinence des protocoles;
- ✓ Solliciter le soutien de personnes LGBTQ+ ayant un parcours en PMA;
- ✓ Envisager d'autres alternatives à la PMA.

Conclusion

Les résultats de cette recherche mettent en lumière les multiples défis auxquels sont confrontées les personnes LGBTQ+ lorsqu'elles souhaitent fonder une famille par la procréation médicalement assistée au Québec. Bien que les services de fertilité soient accessibles à l'ensemble des futurs parents, l'expérience concrète des participant·es révèle que ces services demeurent mal adaptés à la diversité sexuelle et de genre, et ne reflètent pas toujours la diversité des configurations familiales.

Deux types de parcours émergent de l'analyse des données : un recours exclusif à la PMA, plus fréquent chez les personnes résidant dans la région métropolitaine de Montréal et ayant un statut socioéconomique plus élevé, et un parcours combinant la PMA avec des méthodes alternatives, plus courant en région et chez des personnes moins favorisées. Ces choix apparaissent davantage influencés par l'accès aux services et les ressources disponibles, que par de simples préférences personnelles. Cela met en évidence les inégalités géographiques et socioéconomiques auxquelles font face les familles LGBTQ+ dans leur accès à la parentalité.

Le parcours en procréation médicalement assistée constitue, pour plusieurs personnes, une source de stress, d'incompréhension et parfois de déception. Les protocoles sont souvent perçus comme étant conçus pour des couples hétérosexuels cisgenres infertiles, ce qui les rend peu adaptés aux réalités des familles LGBTQ+. L'application de protocoles standardisés et insuffisamment

expliqués, la recherche d'un don de sperme ainsi que l'exigence d'une rencontre psychosociale préalable au début des traitements complexifient le processus. À cela s'ajoutent des formes d'exclusion ancrées dans l'hétérocisnormativité, lesquelles se manifestent par certaines pratiques comme recourir à des formulaires non adaptés, utiliser le mauvais genre pour référer à une personne, ou présumer que la patientèle est cisgenre et hétérosexuelle.

Ce rapport met en lumière des réalités encore peu documentées au Québec. Il souligne l'importance d'ancrer les réflexions sur l'accessibilité à la PMA dans une approche intersectionnelle, sensible aux enjeux territoriaux, économiques et identitaires. Il rappelle également la nécessité, d'une part, de mieux outiller les personnes LGBTQ+ qui envisagent la PMA pour leur projet parental, et, d'autre part, de penser des services de fertilité véritablement inclusifs, où chaque personne, peu importe son genre, son orientation sexuelle ou sa configuration familiale, peut accéder à un accompagnement respectueux et adapté. Pour ce faire, la formation du personnel médical, social et administratif des cliniques de fertilité est primordial afin de les rendre davantage aptes à répondre aux spécificités des communautés LGBTQ+. À cet égard, les infographies et les capsules vidéos conçues à l'intention des personnes concernées, tout comme le guide de pratiques inclusives destiné au personnel des cliniques de fertilité, élaborés dans le cadre du présent projet, peuvent constituer des outils particulièrement précieux.



Accès à la procréation
médicalement assistée
(PMA) pour les personnes
LGBTQ+ au Québec :
réalités, obstacles et
éléments facilitants

RAPPORT DE RECHERCHE