

Travail de Bachelor pour l'obtention du diplôme
Bachelor of Science HES-SO en soins infirmiers
HES-SO Valais-Wallis / Haute École de Santé

Travail de Bachelor

Le rôle infirmier dans une prise en charge périnatale inclusive auprès des
femmes lesbiennes avec un projet de grossesse
Revue de la littérature

Réalisé par : Lorena Sorgente

Promotion : Bachelor 21

Sous la direction de : Aline Chappuis

Lieu et date : Sion, le 3 juillet 2024

Résumé

Les femmes lesbiennes¹ sont particulièrement vulnérables aux violences en raison de leur identité de genre et de leur orientation sexuelle. Les discriminations dans les milieux de soins, issus d'un système hétéronormatif, créent une réticence des patientes et engendrent des risques sanitaires importants. Les infirmier-es, jouant un rôle clé dans l'accompagnement des femmes lesbiennes pendant la grossesse, doivent assurer une prise en charge inclusive et adéquate. Cette revue de la littérature vise à décrire la perception des femmes lesbiennes sur leur prise en charge périnatale, à examiner le point de vue des infirmier-es sur cet accompagnement, à analyser l'inclusivité dans les soins avec les facteurs favorisants et défavorisants, et à relier les besoins des patientes au rôle infirmier.

Cinq études qualitatives et une étude quantitative ont été choisies sur les bases de données CINAHL, EMBASE et PubMed. Les études primaires sélectionnées devaient être publiées entre 2018 et 2023, être rédigées en anglais ou en français et porter sur la discipline infirmière en ciblant les femmes lesbiennes dans les soins périnataux.

Les résultats regroupent trois sortes d'obstacles à l'inclusivité : l'hétéronormativité (dans la documentation, la communication et l'attitude institutionnelle), l'exclusion de la deuxième mère qui n'accouche pas ainsi que le manque de formation des soignant-es. Les pistes d'amélioration proposées mettent en avant les actions infirmières individuelles et quotidiennes pour garantir une prise en charge inclusive, mais également la nécessité de changements dans les politiques institutionnelles.

Mots-clés : soins périnataux, LGBTQIA+, maternité, femmes lesbiennes, soins infirmiers, hétéronormativité, santé sexuelle

¹ Le terme de « femmes lesbiennes » sera utilisé dans ce travail, mais il inclut toutes les personnes s'identifiant comme telles, nécessitant cependant qu'au moins un-e des deux partenaires possède un appareil génital féminin pour permettre une grossesse.

Remerciements

Je souhaite tout particulièrement remercier Madame Aline Chappuis pour la qualité de son accompagnement en tant que directrice de ce Travail de Bachelor, pour son soutien, sa disponibilité, le temps qu'elle m'a accordé ainsi que les précieux conseils qu'elle m'a transmis durant l'écriture de mon travail.

Je remercie également mes proches pour leur soutien et accompagnement durant la rédaction de mon Travail de Bachelor.

Déclaration

Cette revue de la littérature a été réalisée dans le cadre de la formation Bachelor of Science HES-SO en Soins infirmiers à la Haute École de Santé Valais Wallis (HEdS).

L'utilisation des résultats ainsi que les propositions pour la pratique et la recherche n'engagent que la responsabilité de son auteure et nullement les membres du jury ou la HES.

De plus, l'auteure certifie avoir réalisé seule cette revue de la littérature.

L'auteure déclare également ne pas avoir plagié ou utilisé d'autres sources que celles indiquées dans la bibliographie et référencées selon les normes APA 7^e édition.

Lieu et date : Sion, le 3 juillet 2024



A handwritten signature in black ink, appearing to read 'S. Sargent', is written over a horizontal line.

Signature

Table des matières

1	Introduction.....	1
1.1	Problématique.....	1
1.2	Question de recherche	4
1.3	But de la recherche.....	4
2	Cadre théorique*	5
2.1	Concept 1 : Les couples de femmes lesbiennes	5
2.1.1	Caractéristiques biologiques sexuelles.....	5
2.1.2	Identité de genre et expression de genre	5
2.1.3	Orientation sexuelle	6
2.1.4	Acronyme LGBTQIA+	6
2.1.5	Histoire du mouvement LGBTQIA+	7
2.1.6	Au niveau législatif en Suisse	8
2.1.7	Familles arc-en-ciel.....	8
2.2	Concept 2 : La grossesse	9
2.2.1	Physiologie de la grossesse	9
2.2.2	La procréation médicalement assistée	10
2.2.3	État actuel.....	10
2.3	Concept 3 : Soins infirmiers inclusifs	11
2.3.1	La déontologie infirmière	11
2.3.2	La communication inclusive et l'humilité culturelle	12
2.3.3	Les stéréotypes, la stigmatisation et la discrimination.....	13
2.3.4	Violence systémique : hétérosexisme et homophobie.....	14
3	Méthode	14
3.1	Devis de recherche*	14
3.2	Collecte des données	15
3.3	Sélection des données	19
3.4	Considérations éthiques	19
3.5	Analyse des données	19
4	Résultats.....	21
4.1	Description de l'étude 1	21
4.1.1	Validité méthodologique	22
4.1.2	Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle.....	22

4.2	Description de l'étude 2	23
4.2.1	Validité méthodologique	25
4.2.2	Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle.....	26
4.3	Description de l'étude 3	26
4.3.1	Validité méthodologique	28
4.3.2	Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle.....	29
4.4	Description de l'étude 4	29
4.4.1	Validité méthodologique	31
4.4.2	Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle.....	32
4.5	Description de l'étude 5	33
4.5.1	Validité méthodologique	34
4.5.2	Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle.....	35
4.6	Description de l'étude 6	35
4.6.1	Validité méthodologique	37
4.6.2	Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle.....	37
4.7	Synthèse des principaux résultats	38
	Discussion	40
4.8	Discussion des résultats.....	40
4.9	Discussion de la qualité et de la crédibilité des évidences.....	41
4.10	Limites et critiques de la revue de la littérature	42
5	Conclusions	44
5.1	Propositions pour la pratique.....	44
5.2	Propositions pour la formation.....	45
5.3	Propositions pour la recherche.....	46
6	Liste de références	47
	Annexe I : Diagramme de flux PRISMA 2009	I
	Annexe II : Tableaux de recension des études :	II
	Annexe III : Pyramides des preuves.....	VIII
	Annexe V : Glossaires.....	IX

Liste des figures

Figure 1: Grade des recommandations..... VIII

Figure 2 : Niveaux d'évidences qualitatives.....VIII

Liste des tableaux

Tableau 1 : Mots-clés et descripteurs 17

Tableau 2: Équation de recherche CINAHL..... 18

Tableau 3 : Équation de recherche Medline (Pubmed)..... 18

Tableau 4 : Équation de recherche Embase..... 18

Tableau 5 : Liste des articles retenus20

Liste des abréviations

ASI	Association suisse des infirmiers et infirmières
CII	Conseil international des infirmières
COREQ	Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research
FIV	Fécondation in vitro
FSF	Femmes qui ont des rapports sexuels avec des femmes
HAS	Haute Autorité de Santé
ILGA	Association internationale des personnes lesbiennes, gays, bisexuelles, trans et intersexes
IST	Infections sexuellement transmissibles
LAmal	Loi sur l'assurance maladie
LGBTQIA+	Acronyme pour : lesbiennes, gays, bisexuel-les, transgenres, queer, intersexes, asexuel-les et +
OCDE	Organisation de coopération et de développement économique
OFS	Office fédéral de la statistique
OFSP	Office fédéral de la santé publique
ONG	Organisation non gouvernementale
ONU	Organisation des Nations Unies
PMA	Procréation médicalement assistée
SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

1 Introduction

1.1 Problématique

Selon la Déclaration universelle des droits de l'homme (Organisation des Nations Unies, 2015), tout être humain a droit à la vie et à la liberté, de manière égale et sans distinction, et ne doit subir ni torture ni traitements cruels. Pourtant, dans 69 pays sur 193 l'homosexualité est interdite, et dans 12 pays elle est passible de la peine de mort (Ramon Mendos, Lucas, 2020).

Les minorités sexuelles et de genre, regroupées par les populations LGBTQIA+, sont quotidiennement confrontées à des violences et des discriminations, telles que la transphobie* et l'homophobie*, tant dans l'espace public que dans le domaine médical (Faucher et al., 2023). Dans son rapport annuel 2022, l'organisation internationale des personnes lesbiennes, gays, bisexuelles, trans et intersexes (ILGA) alerte d'une hausse importante de la violence (agressions verbales et physiques, meurtres, fusillades) et de l'intensité de celle-ci à l'encontre des personnes LGBTQIA+ (ILGA, 2022). De plus, sans distinction d'orientation sexuelle, les personnes de genre féminin subissent quotidiennement des violences sexistes* (Jomat & Maschino, 2022). Sur la population mondiale totale, près d'une femme sur trois a été victime au moins une fois de violences sexuelles ou physiques (Organisation des Nations Unies femmes, 2022). Les femmes lesbiennes sont donc doublement à risque de subir des violences, d'une part pour leur identité de genre et d'autre part pour leur orientation sexuelle (Jomat & Maschino, 2022).

De nombreuses études constatent d'un moins bon état de santé des personnes LGBTQIA+ (Hudak & Bates, 2019 ; Meyer, 2003), en raison de la discrimination vécue lors des interactions de soins découlant d'un système hétéronormatif* (Hudak & Bates, 2019). Les patient-es LGBTQIA+ ressentent un sentiment d'invisibilité et un manque d'espace pour exprimer leur identité sexuelle et de genre. Ils/elles subissent des préjugés de la part des prestataires de soins (Hudak, 2023). Cela affecte l'adhésion et la continuité des soins, impactant le diagnostic et le suivi médical. La difficulté d'accès à des soins adaptés et sécurisés ainsi que la précarité sociale augmentent les risques de santé pour cette communauté (Faucher et al., 2023).

En matière de santé sexuelle, les femmes lesbiennes sont désavantagées. Les études sur les infections sexuellement transmissibles sont souvent hétéronormatives et hétérosexistes* (DeHart, 2008 ; Faucher et al., 2023). La sexualité entre femmes est peu étudiée et rarement prise en compte par les milieux scientifiques et médicaux. La culture

sexuelle patriarcale* et hétérosexuelle dominante laisse peu de place à l'expression de la sexualité entre femmes (Faucher et al., 2023). Il existe peu de recherches sur le sujet, et aucun enseignement dans les programmes de médecine ou paramédicaux, entraînant un manque de connaissances chez les professionnel-les et un manque de dépistages gynécologiques chez les patientes (Faucher et al., 2023 ; Hudak & Bates, 2019). Pourtant en Suisse, l'association nationale de santé sexuelle, affiliée à l'office fédéral de santé publique, défend les droits sexuels* et le devoir de l'État de garantir l'accès aux soins et à l'information sans discrimination (Santé Sexuelle Suisse, 2024).

Concernant les données démographiques, la population mondiale dépasse 8 milliards en 2023, dont 50% sont des femmes (Statista, 2023). Malgré le manque d'informations statistiques, l'enquête Ipsos 2023 révèle qu'environ 9% de la population mondiale s'identifie comme LGBTQIA+, avec 3% des adultes se déclarant lesbiennes ou homosexuels (IPSOS, 2023). En Suisse, le recensement de 2020 comptabilise 4,36 millions de femmes et 4% sont estimées lesbiennes ce qui fait environ 170 000 femmes homosexuelles (OFS, 2022). Parmi les 8 millions d'habitant-es suisses, près de 5 millions sont en âge de procréer et 76% sont en couple, dont 1,2% de couples homosexuels. Environ 60% des jeunes de 20 à 29 ans expriment un désir d'enfant (Office Fédérale de la Statistique, 2021). En 2021, 6934 femmes ont eu recours à la fécondation in vitro* en Suisse, avec un taux de succès de 34,7%, représentant 3% des naissances (OFSP, 2023). Cependant, ces statistiques n'incluent pas les femmes homosexuelles, autorisées à recourir à la procréation médicalement assistée* en Suisse seulement depuis juillet 2022 (Art.94 du Code civil du 18 décembre 2020 sur le mariage pour tous). Auparavant, elles devaient se rendre à l'étranger dans un pays où la PMA est autorisée (Coulon et al., 2017).

Les couples lesbiens souhaitant concevoir un enfant via un don de sperme utilisent généralement du sperme de donneur anonyme dans un centre de PMA autorisé (CRYOS banque de sperme internationale, 2023). Les méthodes de PMA incluent l'insémination* (injection de spermatozoïdes dans l'utérus) et la fécondation in vitro (fécondation faite à l'extérieur du corps puis réinjectée) (Coulon et al., 2017). En Europe, la PMA demeure interdite dans plusieurs pays notamment en Italie et en Allemagne (l'Europe, 2020). En Suisse, la PMA est inscrite dans la Constitution fédérale (Art. 119 de la Loi fédérale du 18 décembre 1998 sur la procréation médicalement [LPMA]). Depuis la révision du Code civil en 2020 l'adoption de la loi « mariage pour tous » (Art.94 du Code civil du 18 décembre 2020 sur le mariage pour tous) permet aux couples de femmes mariées d'avoir accès au don de sperme. Un seul cycle coûte jusqu'à 2500 CHF en Suisse et n'est pas remboursé

pour les couples lesbiens (CHUV, médecine de la fertilité et endocrinologie gynécologique, 2023b).

La grossesse pour un couple lesbien implique des questionnements communs aux couples hétérosexuels comme le désir d'enfant, les coûts, les parcours hospitaliers et rendez-vous. Mais s'ajoutent à cela des problématiques supplémentaires relatives à leur statut de minorité (stress minoritaire*) comme la crainte de stigmatisation et de discrimination, les restrictions législatives sur la reconnaissance de la seconde mère comme parent légal ou sur l'adoption, les coûts supplémentaires pour la PMA et le manque d'accès à l'information (Meyer, 2003b ; Coulon et al., 2017). Durant ces étapes, l'équipe infirmière joue un rôle crucial, offrant des soins techniques, des enseignements, un suivi post interventionnel et un soutien. Elle collabore avec une équipe interdisciplinaire composée de médecins spécialistes en médecine de la reproduction et endocrinologie gynécologique, de psychologues et psychiatres, de conseiller-es en santé sexuelle, de technicien-nes de laboratoires et de secrétaires (CHUV, médecine de la fertilité et endocrinologie gynécologique, 2023b).

Parmi le peu de recherches au sujet du rôle infirmier en PMA (Guay, 2019) plusieurs ont souligné l'importance de l'*advocacy** (expression anglaise qui se traduit par la défense des droits et intérêts du/de la patient-e). L'infirmier-e doit protéger et défendre les intérêts des patient-es auprès de l'équipe interdisciplinaire (Allan, 2007 ; Payne & Goedeke, 2007). Une autre dimension cruciale est le soin relationnel, qui inclut des actions verbales et non-verbales pour établir un lien thérapeutique et offrir un soutien psychologique (Magnon & Déchanoz, 2005). Ces interventions « invisibles » ne sont souvent ni valorisées ni comptabilisées dans la charge de travail. Bourgeon (2014) souligne que le soin technique est indissociable du soin relationnel basé sur la confiance et l'authenticité. La détresse des patient-es induit une relation thérapeutique fondée sur la confiance et l'alliance.

Les infirmier-es interagissent quotidiennement avec des personnes vulnérables, ce qui rend essentielle leur posture professionnelle et pratique éthique (ASI, 2013). La déontologie* permet de contrôler le pouvoir des soignant-es sur les patient-es vulnérables et de défendre leurs intérêts individuels et collectifs. La déontologie infirmière repose sur quatre principes éthiques : bienfaisance, non-malfaisance, autonomie et justice (ASI, 2013). Le rôle infirmier est donc essentiel face à la santé précaire et aux discriminations subies par la population LGBTQIA+ (Krüger et al., 2022).

1.2 Question de recherche

Comme dit précédemment, les femmes lesbiennes sont deux fois plus touchées par les violences et la discrimination dues à leur genre féminin, mais également à leur orientation sexuelle (Jomat & Maschino, 2022). Les difficultés et les obstacles rencontrés lors d'un parcours de grossesse (questionnement sur les techniques, lois, coûts élevés, manque d'infrastructures, manque de renseignements, impact psychologique) s'ajoutent à l'appréhension de subir des discriminations homophobes, des préjugés ou même de la violence (Meyer, 2003a). Il apparaît donc nécessaire et indispensable, en tant que professionnel-les de santé d'accompagner de manière inclusive et adéquate cette population et de remettre en question les pratiques hétérosexistes (Krüger et al., 2022 ; Hudak, 2023). Il semble pertinent pour la pratique infirmière auprès de cette communauté de s'interroger sur la question de recherche suivante :

Comment l'infirmier-e peut rendre plus inclusive la prise en charge périnatale des femmes lesbiennes avec un projet de grossesse ?
--

1.3 But de la recherche

Les objectifs de cette recherche seront :

- Décrire la perception et le ressenti des femmes lesbiennes lors de leur parcours de grossesse et le point de vue des infirmier-es sur leur accompagnement
- Analyser la problématique d'inclusivité dans les soins et les facteurs favorisant et défavorisant celle-ci
- Faire le lien entre les besoins des patientes et le rôle infirmier

2 Cadre théorique*

Les trois concepts de la question de recherche vont être définis dans cette partie afin d'obtenir une meilleure compréhension de la problématique et d'établir un cadre.

2.1 Concept 1 : Les couples de femmes lesbiennes

2.1.1 Caractéristiques biologiques sexuelles

L'organisation de santé sexuelle suisse définit le sexe biologique par le sexe assigné lors de la naissance (sexe masculin ou féminin) (Santé sexuelle Suisse, 2023). Cette définition comprend différents facteurs : la génétique (chromosomes XX ou XY), les organes génitaux (pénis ou vulve), et les taux d'hormones (Santé sexuelle Suisse, 2023). Il existe d'autres variations chromosomiques (par exemple XXY) et variations d'hormones qui peuvent influencer le sexe biologique et le faire fluctuer entre les deux catégories « masculin » et « féminin ». L'intersexuation désigne ces variations des caractéristiques sexuelles comme l'anatomie, les organes reproducteurs, les hormones ou le modèle chromosomique (Santé sexuelle Suisse, 2023). Les personnes intersexes représentent 1,7% de la population (Organisation des Nations Unies, 2023).

2.1.2 Identité de genre et expression de genre

Le genre est une construction sociale, appelé « le sexe social » en sociologie qui définit l'identité d'une personne. Il concerne les rapports entre les hommes et les femmes dans une société selon son organisation et sa culture (Muséum national d'Histoire naturelle, 2021). Notre société a construit deux genres distincts « féminin » et « masculin » avec des caractéristiques définies pour chacun qui ont créé des stéréotypes basés sur le modèle patriarcal (domination du genre masculin) par exemple « les hommes sont forts, viriles et aiment le bleu » et « les femmes sont fragiles, sensibles et aiment le rose » (Santé publique France, 2023a).

L'identité de genre est le sentiment d'appartenir à un genre indépendamment de son sexe biologique. Parfois il est en accord avec le sexe biologique et le genre attribué à la naissance (sexe féminin = genre féminin) ces personnes sont dites « cisgenre ». Parfois il ne correspond pas au sexe et au genre attribué à la naissance (par exemple : personne de sexe masculin, mais identité de genre féminin), ces personnes sont dites « transgenres » (Santé sexuelle Suisse, 2023). L'identité de genre peut également être fluide entre un genre et l'autre (genderfluid). Une personne non-binaire est une personne qui ne se reconnaît ni dans le masculin ni dans le féminin et donc sort de cette binarité entre les deux genres (Santé publique France, 2023a).

L'expression de genre est l'utilisation des différents codes sociaux (vêtements, attitude, accessoires) et corporels (opérations, prise d'hormone) qui sont attribués au genre auquel la personne s'identifie. Par exemple, l'utilisation de vêtements masculins, cheveux courts et barbe est une expression de genre considérée comme masculine. Indépendamment du sexe ou du genre, c'est la manière dont la personne est perçue par la société (GenresPluriels, 2016).

2.1.3 Orientation sexuelle

L'orientation sexuelle désigne le fait d'être attiré-e sexuellement et/ou affectivement par une autre personne (Santé sexuelle Suisse, 2023). Cette personne peut être de sexe opposé, on parle alors d'hétérosexualité. La personne peut être attirée par une personne de même sexe, on parle alors d'homosexualité. Lorsque la personne est attirée par les deux sexes on parle de bisexualité, ou lorsqu'elle est attirée par quelqu'un sans prendre en considération son sexe ou son genre c'est la pansexualité. L'asexualité désigne le fait de n'éprouver aucune attirance sexuelle. L'orientation sexuelle n'est pas figée et peut évoluer au cours de la vie (Santé publique France, 2023b).

La principale cause des violences et discriminations homophobes et transphobes est l'hétéronormativité. Ce terme désigne la supposition que l'hétérosexualité est la norme et qu'il faut s'y conformer, les femmes doivent être attirées par les hommes et les hommes par les femmes (Santé publique France, 2023b). Les personnes qui se définissent par une autre orientation sexuelle ou identité de genre ne correspondent pas à cette hétéronormativité et auront tendance à vouloir cacher leur vie intime à cause des discriminations et violences qu'elles risquent de subir (Santé publique France, 2023b).

2.1.4 Acronyme LGBTQIA+

- L : lesbiennes, femmes attirées sexuellement et/ou romantiquement par d'autres femmes (Dictionnaire français, 2023).
- G : gay, hommes attirés sexuellement et/ou romantiquement par d'autres hommes (Drapeau-LGBT, 2020).
- B : bisexuel-les, personnes qui ont de l'attirance pour deux genres, hommes et femmes. Ces attirances peuvent être simultanées ou successives pendant certaines périodes (Le Robert, 2023).
- T : transidentité souvent abrégée par le mot « trans », personnes qui ne se reconnaissent pas dans leur sexe attribué à la naissance (Drapeau-LGBT, 2020).
- Q : queer, terme générique qui regroupe les personnes qui s'excluent de l'hétérosexualité ou des identités de genre traditionnelles (masculin ou féminin), inclut toutes les personnes de la communauté LGBTQ+ (Drapeau-LGBT, 2020).

- I : intersexes, personnes qui naissent avec des variations des caractéristiques sexuelles (masculin et féminin en même temps, ou pas complètement masculin ou féminin), ces variations peuvent être anatomiques, hormonales, chromosomiques ou génétiques, mais ne définissent pas l'identité de genre (InterAction, 2024).
- À : asexualité, personnes qui ne ressentent pas d'attraction sexuelle. Cependant une personne asexuelle peut quand même avoir des rapports sexuels avec d'autres motivations que l'attraction (par exemple pour avoir un enfant) (Drapeau-LGBT, 2020).
- + : autres identités comme pansexuel-les (attraction sans distinction de sexe ou de genre), et non-binaires (personnes qui s'excluent de la binarité de genre « masculin » ou « féminin ») (Drapeau-LGBT, 2020).

2.1.5 Histoire du mouvement LGBTQIA+

Le mouvement LGBTQIA+ vise à améliorer les droits et les conditions des minorités de genre et sexuelles (ADHEOS association LGBT, 2021). Au 19^e siècle, il cherchait la dépénalisation de l'homosexualité (qui était considérée comme pathologique) et son acceptation sociale. Heinrich Hösli, premier activiste gay, a publié des essais sur la reconnaissance des droits homosexuels (Sorbonne Université, 2020). Dans l'Antiquité grecque, la pédérastie désignait des relations amoureuses et sexuelles entre un homme adulte (l'éraсте) et un jeune adolescent (l'éromène) à but éducatif. La poétesse Sappho qui racontait son attirance pour d'autres femmes dans ses poèmes, a créé le terme « saphisme » pour désigner l'homosexualité entre deux femmes (Hubbard, 2003 ; Winkler, 2006). Plusieurs sociétés antiques encourageaient les liens homosexuels entre les soldats expérimentés et leurs subordonnés, justifiant une plus grande force et détermination au combat. La montée du Christianisme a introduit les premières répressions contre l'homosexualité (Boswell, 1983).

Au Moyen-âge, l'Église réprimait sévèrement la sodomie homosexuelle (concept qui désigne les pratiques sexuelles ne visant pas la procréation) (Godard, 2005a). Les Lumières du 18^e siècle ont questionné ces peines sévères (Godard, 2005b). En 1791, la France devient le premier pays à dépénaliser l'homosexualité, suivie par d'autres pays européens (Peniston, 1996). Au 19^e siècle, le premier mouvement pour les droits homosexuels se développe en Allemagne, mais disparaît sous le nazisme. Les hommes gays et les femmes lesbiennes étaient persécuté-es, déporté-es et exécuté-es (Schlagdenhauffen, 2011).

En 1969, des émeutes éclatent à New York après une descente de police dans un bar gay, marquant le début des manifestations LGBTQIA+. Un an plus tard a lieu la première Gay Pride à New York en symbole de commémoration (Faderman, 2015). Dans les années 1980, l'émergence de l'épidémie du SIDA (syndrome d'immunodéficience acquise) intensifie les discriminations contre les homosexuels (Chevaux et al., 2004). En 1982, la France dépénalise officiellement l'homosexualité. C'est durant cette décennie qu'est choisi le drapeau arc-en-ciel (Dartois, 2022). En 1990 l'Organisation mondiale de la santé retire l'homosexualité de la liste des maladies mentales (Lerch, 2013). Les personnes lesbiennes, gays et bisexuelles ont choisi l'acronyme « LGB » pour désigner la communauté qu'ils/elles formaient. Les personnes transgenres ont été intégrées au mouvement « LGBT » à partir des années 2000 (Blakemore, 2021). En 2001 les Pays-Bas sont le premier pays au monde à légaliser le mariage homosexuel, suivi par la France en 2013 (Descoutures et al., 2008).

En 2023, 60 pays considèrent encore l'homosexualité comme illégale et 12 pays (notamment l'Afghanistan, l'Iran, la Somalie, le Qatar, l'Arabie Saoudite) la condamnent à la peine de mort (Fourreau, 2023).

2.1.6 Au niveau législatif en Suisse

La loi sur l'interdiction de la discrimination et l'incitation à la haine à cause de l'orientation sexuelle est entrée en vigueur en juillet 2020 en Suisse (Art. 261bis du Code pénal du 1er juillet 2020 sur la discrimination). Après la révision du Code civil en 2020, le mariage pour les personnes de même sexe est possible depuis juillet 2022 (Art. 94 du Code civil du 18 décembre 2020 sur le mariage pour tous). Les couples de même sexe ne bénéficiaient d'aucune protection juridique jusqu'à l'entrée en vigueur du partenariat enregistré en janvier 2007. Pour les familles homoparentales, l'absence de cette protection juridique perdure jusqu'à fin 2017. L'enfant de deux mères lesbiennes ne pouvait avoir qu'un seul parent légal. L'exclusion de la deuxième mère de la double parenté légale avait de graves conséquences et n'accordait aucun droit en cas de séparation ou de décès. Entrée en vigueur en janvier 2018 après un processus parlementaire de plusieurs années, la nouvelle loi sur l'adoption remédie à cette situation grâce à une procédure d'adoption familiale (l'adoption d'un enfant par un partenaire) (Art. 264c du Code civil du 1er juillet 2018 sur l'adoption). Depuis, il est possible d'avoir deux parents légaux de même sexe (Fussinger, Catherine & Kapferer, Nils, 2023).

2.1.7 Familles arc-en-ciel

Le terme « famille arc-en-ciel » fait référence au drapeau LGBTQIA+ multicolore, symbole de diversité et d'espoir. Il désigne les familles dont au moins un parent se définit par une autre identité de genre que cisgenre et/ou par une autre orientation sexuelle

qu'hétérosexuelle (Pro Familia Schweiz, 2022). En Suisse, plus de 30'000 enfants grandissent dans des familles arc-en-ciel (Association faîtière Familles arc-en-ciel, 2023).

Les évolutions sociétales ont fait émerger de nouvelles formes familiales (notamment monoparentales, recomposées ou homoparentales) autres que le système traditionnel de deux parents hétérosexuels et cisgenres (Association faîtière Familles arc-en-ciel, 2023). Des études européennes et américaines observent depuis plus de 40 ans le développement des enfants issu-es de familles arc-en-ciel et montrent qu'ils/elles se développent aussi bien que ceux/celles issu-es de familles traditionnelles (M W Bos et al., 2007 ; Tasker & Patterson, 2007 ; Hermann-Green & Hermann-Green, 2008). Ces études montrent que le bien-être des enfants est déterminé par la qualité des relations et du climat familial indépendamment du sexe ou de l'orientation sexuelle des parents. Pour un développement adéquat, l'enfant a besoin d'au moins une personne référente constante (figure d'attachement) répondant à ses besoins et lui apportant de l'amour et du réconfort. Si cette condition est respectée, le fait de grandir dans une famille monoparentale ou arc-en-ciel n'impacte pas le bien-être de l'enfant (Cadoret, 2014).

Dans leur ouvrage, les médecins, sociologues et psychologues français-es (Faucher et al., 2023) affirment également qu'il n'existe pas d'arguments scientifiques pour s'opposer à la parentalité des couples de femmes. Les parents homosexuels sont autant capables d'assurer un environnement stable et approprié pour le développement de leurs enfants.

2.2 Concept 2 : La grossesse

2.2.1 Physiologie de la grossesse

Une grossesse normale a un déroulement de 9 mois, soit 39 semaines. Les modifications physiologiques et anatomiques que subit la personne enceinte contribuent au développement du fœtus* et sa croissance (Benachi et al., 2021 ; Marieb & Hoehn, 2019).

Le cycle menstruel* permet l'ovulation*. Les ovaires* expulsent un ovocyte* (ovule) qui se déplace le long de la trompe*, c'est à ce moment que la présence d'un spermatozoïde* qui rencontre cet ovule peut aboutir à une fécondation* et à la formation d'un œuf. L'œuf fécondé va ensuite aller se fixer aux parois de l'endomètre* tout en continuant sa division et sa croissance pour former un embryon* durant 8 semaines puis un fœtus. La grossesse peut se diviser en plusieurs périodes : la période prénatale qui débute par la préconception de l'enfant, la grossesse lorsqu'il y a fécondation de l'ovule jusqu'à l'accouchement, et la période postnatale ou postpartum après l'accouchement et la naissance de l'enfant. La périnatalité* regroupe la période qui précède et qui suit la naissance (Benachi et al., 2021 ; Marieb & Hoehn, 2019).

2.2.2 La procréation médicalement assistée

La PMA regroupe les interventions médicales et les méthodes qui permettent une grossesse sans rapport sexuel pour les femmes lesbiennes ou les couples hétérosexuels infertiles (Coulon et al., 2017).

L'insémination artificielle

La stimulation ovarienne* est cruciale, débutant le 2-3^e jour des règles pour environ 14 jours, avec des injections hormonales quotidiennes dans le but de stimuler la croissance des follicules*. Dès le 5-6^e jour, des échographies vaginales* et des prises de sang sont faites tous les deux jours pour surveiller les follicules. L'ovulation est déclenchée par une injection hormonale quand les ovocytes sont prêts. L'insémination artificielle, utilisant le sperme du conjoint ou d'un donneur, se fait 24-36 heures après avoir déclenché l'ovulation et ne nécessite pas d'anesthésie (Coulon et al., 2017).

La fécondation in vitro

La FIV comprend deux étapes : le prélèvement des ovocytes, fécondés en laboratoire avec le sperme du conjoint ou d'un donneur, puis la réintroduction des embryons dans l'utérus. Les ovaires sont stimulés avec des doses hormonales plus importantes. Le traitement hormonal bloque le cycle naturel et soutient la croissance des follicules (CHUV, médecine de la fertilité et endocrinologie gynécologique, 2023a). La ponction folliculaire, sous anesthésie générale*, dure environ 20 minutes. Les ovocytes sont mis en culture avec les spermatozoïdes. Après 16-18 heures d'incubation, les ovocytes fécondés se divisent en embryons (Coulon et al., 2017). Ces embryons cultivés in vitro sont transférés dans l'utérus après 2 ou 3 jours au moyen d'un cathéter et cette intervention ne nécessite pas d'anesthésie (CHUV, médecine de la fertilité et endocrinologie gynécologique, 2023a).

2.2.3 État actuel

PMA au niveau mondial et en Europe

Les avancées médicales améliorent les taux de réussite de la PMA, incitant davantage de personnes à y recourir. Les États-Unis réalisent 180'000 cycles de FIV par an. La PMA a augmenté significativement en Chine et en Inde (inovie fertilité, 2023).

En Europe, la PMA est autorisée pour les couples hétérosexuels, mais les conditions varient pour les femmes lesbiennes. Elle est autorisée pour les couples de femmes en Suède, Finlande, Danemark, Pays-Bas, Royaume-Uni, Belgique, Portugal, Espagne et

Autriche, mais interdite en Italie, Roumanie, Allemagne, Pologne, République tchèque, Slovaquie. En France, elle est autorisée depuis août 2021 (Geay, 2021).

PMA en Suisse

En Suisse, la PMA est inscrite dans la Constitution fédérale (Art. 119 de la Loi fédérale du 18 décembre 1998 sur la procréation médicalement [LPMA]). Elle définit les conditions pour y avoir accès. Depuis la révision du Code civil en 2020 l'adoption de la loi « mariage pour tous » (Art.94 du Code civil du 18 décembre 2020 sur le mariage pour tous) permet aux couples de femmes mariées d'avoir accès au don de sperme. Il existe 28 centres autorisés à pratiquer la PMA en Suisse, répartis parmi les cantons romands, alémaniques et tessinois (Coulon et al., 2017). Le Valais est le seul canton romand qui ne possède pas de centre ou d'unité PMA (Fiv.fr, 2017).

Concernant les frais, pour un seul cycle de stimulation ovarienne et d'insémination il faut compter entre 2000 et 2500 CHF en Suisse. Les trois premières tentatives sont remboursées par l'assurance maladie seulement pour les couples hétérosexuels. (CHUV, médecine de la fertilité et endocrinologie gynécologique, 2023b). Pour la FIV, un cycle coûte entre 8000 et 10'000 CHF. Les frais d'une FIV sont à la charge du couple dans tous les cas, car la LAMal ne prévoit aucun remboursement pour cette technique malgré le fait qu'elle soit plus efficace (Coulon et al., 2017).

2.3 Concept 3 : Soins infirmiers inclusifs

2.3.1 La déontologie infirmière

La déontologie repose sur des règles définies par la profession et appliquées pour les professionnel-les sous réglementation étatique, visant à établir un idéal de compétences éthiques, et à protéger les intérêts des patient-es et de la profession. Elle permet une sécurité face au pouvoir majeur des soignant-es à l'encontre des malades vulnérables. C'est une somme de normes, de principes et de règles reconnus par une même profession pour en assurer sa reconnaissance sociale et sa crédibilité (Haberey-Knuessi, 2013).

L'association suisse des infirmières et infirmiers se base sur les quatre principes éthiques fondamentaux (ASI, 2013) :

- **La bienfaisance** : agir pour le bien d'autrui, fournir des soins adaptés aux besoins des patient-es dans un environnement adéquat, respecter leur intégrité et leurs besoins.

- La **non-malfaisance** : éviter de causer du tort, minimiser les risques et offrir un environnement sécuritaire, respectant l'intégrité physique et psychique des patient-es.
- L'**autonomie** : respecter la capacité des patient-es à faire leurs propres choix éclairés, défendre leurs intérêts lorsqu'ils/elles ne peuvent s'exprimer (advocacy), et les impliquer activement dans leur prise en charge pour qu'ils/elles soient actrices de leur prise en soins. Elle implique le droit à l'autodétermination*.
- La **justice** : assurer l'égalité des chances et traiter tous-tes les patient-es de la même manière, sans distinction d'âge, de sexe, de croyances religieuses, de culture, de couleur de peau, de statut social ou d'orientation sexuelle, et garantir l'engagement professionnel sans préjugés (ASI, 2013).

2.3.2 La communication inclusive et l'humilité culturelle

La communication, verbale et non verbale, regroupe l'ensemble des interactions entre les individus et permet de transmettre un message. Elle inclut l'émetteur, le récepteur, le contexte, la perception et le message (DeVito et al., 2019). Le langage verbal, composé de mots, varie selon le contexte et la connotation. Le contexte regroupe l'ensemble des conditions physiques, psychologiques, temporelles et culturelles dans lesquelles la communication se déroule. Le contexte socioculturel, l'idée que les individus ont les uns par rapport aux autres, va donc influencer la manière de communiquer. La communication a un impact direct sur les relations entre les individus qui la constituent (DeVito et al., 2019). Le langage inclusif consiste à s'exprimer (oral ou écrit) de manière non discriminante envers une personne, sans distinction de sexe ou d'identité de genre. Il permet de lutter contre les inégalités et d'inclure les femmes et les minorités de genre dans une langue, comme la langue française qui est d'origine sexiste* et misogyne* (Ministère de la Culture, 2024). Les mouvements féministes des années 1980 ont popularisé cette cause (Kervasdoué, 2021). Pour la communauté LGBTQIA+, la communication inclusive permet une neutralité et une inclusion, favorisant la représentation et le respect de chaque individu indépendamment de son identité de genre ou de son orientation sexuelle (LGBT+ family coalition, 2022).

L'inclusion vise à créer un environnement où chacun-e se sent apprécié-e, respecté-e et impliqué-e, promouvant l'égalité de tous-tes les membres d'une communauté. Cela nécessite des politiques et des cultures organisationnelles respectueuses de la diversité (UNESCO, 2021).

L'humilité culturelle est un concept qui suscite une posture ouverte, respectueuse et compréhensive à l'égard des cultures différentes. Elle est essentielle dans les soins

infirmiers pour permettre des soins de qualité. Ce processus requiert une autoréflexion constante, une ouverture d'esprit et une détermination d'apprentissage tout en bannissant les jugements et les idées préconçues pour respecter et intégrer les croyances et les valeurs des patient-es et ainsi privilégier une relation de soins respectueuse et collaborative. Il est donc important pour les infirmier-es de discerner leurs propres limites et de garder une ouverture à la remise en question et à l'apprentissage pour répondre aux besoins de santé et permettre une prise en charge centrée sur le patient (Foronda et al., 2016 ; Cleaver et al., 2016).

2.3.3 Les stéréotypes, la stigmatisation et la discrimination

Un stéréotype est une conception simplifiée et souvent nocive, assignée à un ensemble de personnes ou à une catégorie sociale spécifique. Cette idée, généralement fixe, tend à être largement acceptée dans une société donnée. Elle peut reposer sur des attributs réels ou présumés des personnes appartenant à ce groupe, mais ignore les différences individuelles. Les stéréotypes sont fréquemment véhiculés par les médias, la culture populaire et les traditions sociales, et ils ont le pouvoir d'influencer les attitudes et les comportements. Leur danger réside dans la simplification et la réduction de la diversité des individus à une somme limitée de caractéristiques, ce qui peut engendrer des discriminations et des préjugés (Salès-Wuillemin, 2006 ; Légal & Delouée, 2021).

La stigmatisation est le processus par lequel une personne ou un groupe est exclu-e ou marginalisé-e en raison de caractéristiques socialement dévalorisées comme la maladie mentale, le handicap, l'orientation sexuelle ou l'origine ethnique (Désy, 2018). Elle se manifeste par l'isolement, les préjugés et la discrimination. L'auto-stigmatisation se produit lorsqu'une personne intériorise ces préjugés engendrant des actions auto-dévalorisantes (Meyer, 1995). Dans le domaine des soins, elle affecte les patient-es et leurs proches, influençant les pratiques des professionnel-les, entravant la prévention et diminuant la qualité de vie des patient-es. Pour la combattre, la sensibilisation, la lutte contre les préjugés, la favorisation de l'intégration sociale et la défense des droits des personnes stigmatisées sont nécessaires (Heatheron et al., 2003 ; Dr. Bischel & Dr. Conus, 2017). La stigmatisation peut être vécue à trois niveaux : personnelle/identitaire (micro), communautaire/institutionnelle (méso) et sociétale (macro) (Heatheron et al., 2003 ; Dr. Bischel & Dr. Conus, 2017 ; Désy, 2018).

La discrimination est une injustice sociale qui se caractérise par un traitement inéquitable envers un individu ou un groupe, basé sur des caractéristiques, notamment la race, le sexe, l'orientation sexuelle, la religion, l'âge, le handicap. Cette forme d'injustice peut apparaître de diverses façons, à travers des actions, des politiques, des comportements ou des

décisions qui favorisent certains groupes tout en défavorisant d'autres (Association Humanrights, 2024 ; Pascoe & Richman, 2009).

2.3.4 Violence systémique : hétérosexisme et homophobie

La violence systémique englobe diverses pratiques, politiques, ou structures sociales (intentionnelles ou non) qui aboutissent à des préjugés, des désavantages, ou des oppressions contre des groupes de personnes, à cause de leur identité ou de leur statut social. Elle ne résulte pas nécessairement d'actions individuelles, mais plutôt des systèmes, institutions, ou structures sociales qui entretiennent des inégalités et des injustices (Chagnard et al., 2014). Les travaux de Kimberlé Crenshaw (Carbado et al., 2013) indiquent comment ces systèmes sociaux combinent différentes formes d'oppression (telles que le racisme, le sexisme, l'homophobie), provoquant des manifestations de violence systémique envers les individus qui appartiennent à des groupes marginalisés.

L'**hétéronormativité** se définit par la pensée que l'hétérosexualité est l'unique orientation sexuelle et la favorise contrairement à l'homosexualité et aux autres orientations (Fidolini, 2019). L'**hétérosexisme** est une structure sociale, une pratique culturelle qui incite l'exclusion sociale des homosexuel-les. C'est un système de comportements, de représentations et de discriminations. Le système hétérosexiste promeut des préjugés et une communication hétéronormée. Il se manifeste dans les soins par l'invisibilité des personnes homosexuelles (Fish, 2006 ; Hudak, 2023). L'**homophobie** désigne les attitudes négatives notamment le rejet, la haine et la discrimination envers les personnes homosexuelles. L'homophobie peut être ancrée dans le système hétérosexiste sans que tous les individus qui le constituent soient homophobes. Il est possible qu'une personne n'ait pas de sentiment négatif envers les personnes homosexuelles, mais perpétue, souvent de manière inconsciente, le système hétérosexiste (Fraïssé & Barrientos, 2016 ; Hudak, 2023).

3 Méthode

3.1 Devis de recherche*

Le devis spécifie comment l'étude va être dirigée. Cette revue de la littérature* se base sur six études primaires* dont cinq disciplinaires* à la profession infirmière et une étude interdisciplinaire*. L'analyse de celles-ci se rapporte à l'ouvrage méthodologique de Fortin et Gagnon (2010).

Dans la recherche scientifique, un paradigme* désigne l'ensemble des postulats, des valeurs et concepts partagés par les chercheur-es. Il s'agit d'un cadre organisationnel, un

modèle de référence qui élabore la façon dont une discipline explique la réalité, et sur lequel les chercheur-es s'appuient pour structurer et guider leur étude. Il existe deux principaux paradigmes distincts : le paradigme post-positiviste et le paradigme naturaliste (ou interprétatif) (Fortin & Gagnon, 2010).

Le positivisme était fondé sur le principe de « cause à effet » qui expliquait chaque phénomène existant. Il part de l'idée qu'une réalité objective existe et que le/la chercheur-e doit la découvrir. Ce paradigme a été remplacé par le postpositivisme, car il comportait trop de faiblesses, notamment au niveau social. Le postpositivisme reconnaît cette idée de réalité objective, mais que cette réalité ne peut être connue entièrement. Les limites humaines rendent cette objectivité inatteignable et la remplacent par des probabilités afin d'optimiser la compréhension de la réalité (Fortin & Gagnon, 2010).

Le paradigme naturaliste (ou interprétatif) quant à lui, s'oppose à cette idée de réalité unique et défend des réalités sociales multiples qui se basent sur les perceptions, les expériences de vie des individus, et n'est pas figé dans le temps. Ces multiples réalités sont des interprétations qui dépendent étroitement du contexte de chaque personne. Ce paradigme est relié à la recherche qualitative* qui a pour objectif de comprendre cette subjectivité. Le chercheur favorisera l'interaction avec les personnes étudiées et préférera donc une méthode de collecte de données favorisant la relation et l'échange (Fortin & Gagnon, 2010).

3.2 Collecte des données

La stratégie de recherche documentaire pour cette revue de la littérature s'est déroulée en deux temps. Dans un premier temps, la faisabilité de la thématique a été appréciée en mai 2023. Dans un deuxième temps, une recherche approfondie s'est déroulée de septembre 2023 à février 2024. Les recherches ont été effectuées sur les bases de données* suivantes : CINHALL*, Medline* (PubMed) et EMBASE*.

Les concepts* de la question de recherche ont été traduits en anglais grâce à l'outil DeepL (DeepL, 2023) puis insérés dans les thésaurus* des bases de données dans l'intention de cibler les « mots-clés » à employer. Une première recherche générale a été effectuée en ciblant les thématiques de « femmes lesbiennes », « grossesse » et « soins inclusifs » pour cibler le contexte principal. Une recherche plus approfondie a ensuite été menée sur les différentes bases de données en utilisant les opérateurs booléens* « OR » pour les termes synonymes et « AND » pour associer les différentes thématiques de la question de recherche. Un filtre de date de parution a été utilisé afin d'affiner la recherche. Les tableaux 1 et 2 ci-dessous démontrent les équations de recherches effectuées par base de données, le nombre total d'études obtenues ainsi que le nombre d'études retenues pour l'analyse. La

méthode du diagramme de flux selon PRISMA, qui comprend les études trouvées de manière secondaire par références bibliographiques se trouve en annexe (Annexe I).

Tableau 1 : Mots-clés et descripteurs

Concept	Mots clés eng	Mesh	Cinahl headings	Emtree
Femmes lesbiennes	“lesbian*” OR “Lesbian couple” OR “Lesbian parents” OR “Gay women” OR “Queer women” OR “lesbianism” OR “homosexual women”	"Homosexuality, female"[MeSH Terms]	(MH "Lesbians")	'lesbianism'/exp OR 'homosexual female'/exp OR 'women who have sex with women'/exp
Grossesse/PMA	“pregnancy” OR “perinatal” OR “maternity” OR “pregnant” OR “obstetric” OR “assisted reproductive technology” OR “assisted procreation” OR “in vitro fertilization” OR “reproductive techniques” OR “assisted reproductive techniques”	"Pregnancy"[MeSH Terms] OR "Perinatal Care"[MeSH Terms] OR "delivery, obstetric"[MeSH Terms] OR "labor, obstetric"[MeSH Terms] OR "Reproduction"[MeSH Terms] OR "Fertilization"[MeSH Terms] OR "Insemination"[MeSH Terms] OR "insemination, artificial"[MeSH Terms] OR "reproductive techniques, assisted"[MeSH Terms]	(MH "Pregnancy") OR (MH "Attitude to Pregnancy") OR (MH "Prenatal Care") OR (MH "Perinatal Care") OR (MH "Delivery, Obstetric") OR (MH "Reproduction Techniques") OR (MH "Fertilization") OR (MH "Fertilization in Vitro")	'pregnancy'/exp OR 'reproduction'/exp OR 'childbirth'/exp OR 'conception'/exp OR 'fertilization'/exp OR 'insemination'/exp OR 'perinatal care'/exp OR 'maternal care'/exp OR 'in vitro fertilization'/exp
Soins infirmiers	“nurs*” OR “nursing” OR “nursing care” OR “nurse”	"Nurses"[MeSH Terms] OR "Nursing"[MeSH Terms] OR "Nursing Care"[MeSH Terms] OR "Nursing"[MeSH Subheading]	(MH "Nurses") OR (MH "Nursing Care")	'nurse'/exp OR 'nursing'/exp OR 'nursing care'/exp OR 'nursing competence'/exp OR 'nursing role'/exp

Tableau 2: Équation de recherche CINAHL

Équation de recherche	Études trouvées	Études retenues
((MH "Lesbians") OR TI ("lesbian*" OR Lesbian couple" OR "Lesbian parents" OR "Gay women" OR "Queer women" OR "lesbianism" OR "homosexual women") OR AB ("lesbian*" OR Lesbian couple" OR "Lesbian parents" OR "Gay women" OR "Queer women" OR "lesbianism" OR "homosexual women")) AND ((MH "Pregnancy") OR (MH "Attitude to Pregnancy") OR (MH "Prenatal Care") OR (MH "Perinatal Care") OR (MH "Delivery, Obstetric") OR (MH "Reproduction Techniques") OR (MH "Fertilization") OR (MH "Fertilization in Vitro") OR TI ("pregnancy" OR "perinatal" OR "maternity" OR "pregnant" OR "obstetric" OR "Assisted reproductive technology" OR "assisted procreation" OR "in vitro fertilization" OR "reproductive techniques" OR "assisted reproductive techniques") OR AB ("pregnancy" OR "perinatal" OR "maternity" OR "pregnant" OR "obstetric" OR "Assisted reproductive technology" OR "assisted procreation" OR "in vitro fertilization" OR "reproductive techniques" OR "assisted reproductive techniques")) AND ((MH "Nurses") OR (MH "Nursing Care") OR TI (nurse or nursing or nursing care or nurse interventions) OR AB (nurse or nursing or nursing care or nurse interventions))	7	2

Tableau 3 : Équation de recherche EMBASE

Équation de recherche	Études trouvées	Études retenues
('lesbianism'/exp OR 'homosexual female'/exp OR 'women who have sex with women'/exp OR 'lesbian*':ab,ti OR 'lesbian couple':ab,ti OR 'lesbian parents':ab,ti OR 'gay women':ab,ti OR 'queer women':ab,ti OR 'lesbianism':ab,ti OR 'homosexual women':ab,ti OR 'homosexual female':ab,ti) AND ('pregnancy'/exp OR 'reproduction'/exp OR 'childbirth'/exp OR 'conception'/exp OR 'fertilization'/exp OR 'insemination'/exp OR 'perinatal care'/exp OR 'maternal care'/exp OR 'in vitro fertilization'/exp OR 'pregnancy':ab,ti OR 'perinatal':ab,ti OR 'maternity':ab,ti OR 'pregnant':ab,ti OR 'obstetric':ab,ti OR 'assisted reproductive technology':ab,ti OR 'assisted procreation':ab,ti OR 'in vitro fertilization':ab,ti OR 'reproductive techniques':ab,ti OR 'assisted reproductive techniques':ab,ti) AND ('nurse'/exp OR 'nursing'/exp OR 'nursing care'/exp OR 'nursing competence'/exp OR 'nursing role'/exp OR 'nurs*':ab,ti OR 'nursing':ab,ti OR 'nursing care':ab,ti OR 'nurse':ab,ti)	22	2

Tableau 4 : Équation de recherche PUBMED (Medline)

Équation de recherche	Études trouvées	Études retenues
("homosexuality, female"[MeSH Terms] OR "lesbian*"[Title/Abstract] OR "Lesbian couple"[Title/Abstract] OR "Lesbian parents"[Title/Abstract] OR "Gay women"[Title/Abstract] OR "Queer women"[Title/Abstract] OR "lesbianism"[Title/Abstract] OR "homosexual women"[Title/Abstract]) AND ("Pregnancy"[MeSH Terms] OR "Perinatal Care"[MeSH Terms] OR "delivery, obstetric"[MeSH Terms] OR "labor, obstetric"[MeSH Terms] OR "Reproduction"[MeSH Terms] OR "Fertilization"[MeSH Terms] OR "Insemination"[MeSH Terms] OR "insemination, artificial"[MeSH Terms] OR "reproductive techniques, assisted"[MeSH Terms] OR "Pregnancy"[Title/Abstract] OR "perinatal"[Title/Abstract] OR "maternity"[Title/Abstract] OR	20	2

"pregnant"[Title/Abstract] OR "obstetric"[Title/Abstract] OR "Assisted reproductive technology"[Title/Abstract] OR "assisted procreation"[Title/Abstract] OR "in vitro fertilization"[Title/Abstract] OR "reproductive techniques"[Title/Abstract] OR "assisted reproductive techniques"[Title/Abstract]) AND ("Nurses"[MeSH Terms] OR "Nursing"[MeSH Terms] OR "Nursing Care"[MeSH Terms] OR "Nursing"[MeSH Subheading] OR "nurse"[Title/Abstract] OR "Nursing"[Title/Abstract] OR "Nursing Care"[Title/Abstract])		
---	--	--

3.3 Sélection des données

Minimum trois des études sélectionnées devaient être des sources primaires portées sur la discipline infirmière. Elles devaient toutes comprendre la question d'inclusivité dans les soins de maternité des femmes lesbiennes. La population cible était les femmes lesbiennes (FSF) vivant un parcours de soins de périnatalité. Les dates de publication des études devaient être comprises entre 2018 et 2023 et elles devaient être rédigées en français ou en anglais.

Les revues systématiques*, les méta-analyses* et méta-synthèses* ont été exclues de la sélection de recherche.

Le tableau 5 ci-après illustre les études retenues ainsi que leur niveau de preuve. La pyramide des preuves peut être consultée en Annexe III.

3.4 Considérations éthiques

Toutes les études ont été approuvées par un comité éthique. Les objectifs des études ont été explicitement exprimés, le consentement et l'anonymat des participant-es ont été assurés. Seule l'étude de Dahl, B., & Malterud, K. (2015) ne mentionne pas d'informations détaillées sur les conditions éthiques.

3.5 Analyse des données

Les 6 études retenues (tableau 5) ont été analysées séparément grâce à la méthode des tableaux de recension qui a permis de juger leur pertinence méthodologique, leur conformité clinique et leur utilité pour la pratique professionnelle infirmière. Les tableaux de recension représentés en Annexe II, résumant les différentes sections d'analyse : les niveaux de preuve, les paradigmes, les échantillons* et méthodes d'échantillonnage*, les critères de sélection* (d'inclusion et d'exclusion), les méthodes de collecte et d'analyse des données, les résultats, les conclusions et limites de chaque étude.

Tableau 5 : Liste des articles retenus

N°	Auteurs	Titre	Année de publication	Base de données	Niv. de preuve
1	Jenni Ija Ilona Soinio, Eija Paavilainen, Jari Pekka Olavi Kylmä	Lesbian and bisexual women's experiences of health care: "Do not say, "husband", say "spouse"	2019	Pubmed	4
2	Sharona Tzur-Peled, Orly Sarid, Talma Kushnir	Nurses' perceptions of their relationship and communication with lesbian women seeking perinatal care	2019	Cinhal Embase Pubmed	4
3	Jenni Kerppola, Nina Halme, Marja-Leena Perälä, Anna Maija-Pietilä	Parental empowerment- Lesbian, gay, bisexual, trans or queer parents' perceptions of maternity and child healthcare	2019	Cinhal Embase Pubmed	4
4	Alexandra Howat, Ciara Masterson, Zoe Darwin	Non-birthing mothers' experiences of perinatal anxiety and depression: Understanding the perspectives of the non-birthing mothers in female same-sex parented families	2023	Cinhal Pubmed	4
5	Patrina Sexton Topper, A. Bauermeister, Jesse Golinkoff	Fertility health information seeking among sexual minority women	2022	Embase	4
6	Bente Dahl, Kirsti Malterud	Neither father nor biological mother. A qualitative study about lesbian co-mothers' maternity care experiences	2015	Cinhal Embase Pubmed	4

4 Résultats

4.1 Description de l'étude 1

Soinio, J. I. I., Paavilainen, E., & Kylmä, J. P. O. (2019). Lesbian and bisexual women's experiences of health care: « Do not say, "husband", say, "spouse" ». <i>Journal of Clinical Nursing</i> , 29(1-2), 94-106. https://doi.org/10.1111/jocn.15062

Cette étude qualitative inductive* réalisée en 2019 en Finlande a examiné les expériences et attentes des femmes lesbiennes et bisexuelles en matière de soins de santé. Un échantillon de commodité* de 22 femmes a été recruté via les réseaux sociaux et l'organisation de défense des droits humains Seta. Cette recherche a été approuvée par le comité éthique de la région de Tempere et par l'organisation Seta. Le consentement des participantes a été recueilli. Elles ont répondu à une enquête électronique sur leurs expériences de soins, l'impact de ces expériences sur l'utilisation des services de santé, leurs besoins spécifiques et les améliorations souhaitées. Les données ont été considérées par une analyse de contenu inductive*, séparant les expériences et les souhaits. Les auteur-es mentionnent une saturation des données*. La triangulation* des chercheurs a eu lieu pour le processus de codage*.

Sept sous-catégories ont émergé concernant les expériences : l'hétéronormativité des soins, l'appréhension des réactions des soignant-es, la non-divulgence de l'orientation sexuelle comme obstacle aux soins holistiques*, le manque de compétence des professionnel-les, l'impact sur l'adhésion aux soins, le rôle des femmes lesbiennes et bisexuelles dans la défense des droits humains, et les expériences de soins positives et neutres. Les souhaits des patientes ont été regroupés en cinq sous-catégories : des soins dépourvus d'hétéronormativité avec des termes neutres, une approche soignante plus ouverte, un meilleur niveau de connaissances des soignant-es sur les besoins des patientes lesbiennes et bisexuelles, un environnement physique plus accueillant, et la coopération avec les organisations civiles LGBT+. Les participantes ont rapporté que les soignant-es les considéraient automatiquement comme hétérosexuelles, avec des présomptions sur leur conjoint et leurs besoins de contraception. La communication inappropriée et hétéronormée était particulièrement problématique. Les expériences négatives ont affecté leur utilisation des services de santé, générant des appréhensions et de la méfiance quant à la divulgation de leur orientation sexuelle. Elles souhaitent des soins plus inclusifs et moins hétéronormés, avec un engagement sans préjugés des soignant-es. Les auteur-es notent que la collaboration avec Seta a permis une expression plus honnête des expériences des participantes, mais mentionnent comme limite le manque d'informations objectives (lieux, dates, informations sur les établissements de soins)

compromettant la transférabilité* des résultats. Aucun conflit d'intérêts* n'a été déclaré, et le financement de la recherche n'est pas mentionné.

4.1.1 Validité méthodologique

Les objectifs de l'étude ainsi que les deux questions de recherche sont clairement énoncés. La contextualisation sociodémographique de l'étude est appropriée et située. L'étude présente de bonnes conditions éthiques. Elle a été validée auprès du comité éthique de la région de Tempere, et les participantes ont bénéficié de conditions adéquates concernant le respect de leur consentement éclairé et de l'anonymat. De plus, la collaboration avec l'organisation de défense des droits humains Seta a renforcé positivement ces conditions. La méthode d'échantillonnage choisie est un échantillon de commodité, comprenant 22 femmes (12 lesbiennes et 10 bisexuelles), ce qui restreint la diversité des participantes. Le processus de la collecte, le moyen et la temporalité sont décrits. L'enquête électronique permet de préserver l'anonymat des participantes. La taille de l'échantillon est adéquate pour une recherche qualitative, et les critères de sélection des participantes sont précisés. La méthode de sélection (par intermédiaire de groupes fermés sur les réseaux sociaux de l'organisation Seta) peut quant à elle présenter un biais* d'échantillonnage en compromettant la représentation, la diversité des participantes et donc la transférabilité des résultats. La méthode d'analyse choisie par les chercheur-es est une analyse de contenu inductive, ce qui est approprié pour répondre aux objectifs de cette recherche qualitative. La fiabilité et la crédibilité de l'analyse ont été assurées : la saturation des données a été atteinte, la triangulation des chercheurs a été respectée et les résultats ont été vérifiés par la liste de contrôle de COREQ. Cependant, selon la pyramide des preuves (Haute Autorité de Santé, 2013), cette étude représente un faible niveau de preuve scientifique. Aucune information, mesure ou réflexion concernant le positionnement et la possible subjectivité des auteur-es n'est mentionnée, mais aucun conflit d'intérêts n'a été déclaré. Les résultats sont présentés de manière claire et organisés en catégories. Ils répondent aux objectifs, aux questions de recherche et sont cohérents par rapport à la littérature. Concernant la validité externe*, la transférabilité des résultats est remise en question à cause d'un manque d'informations générales concernant la temporalité des expériences de soins et les détails sur les établissements.

4.1.2 Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle

Dans cet article, les chercheur-es émettent les recommandations suivantes pour la pratique clinique infirmière: la formation des professionnel-les concernant les besoins spécifiques des patientes lesbiennes, le rôle des responsables de soins et infirmier-es chef-fes de garantir un environnement de soins ouvert et bienveillant pour les patient-es, et la

collaboration des établissements de soins avec le 3^e secteur (associations, organisations LGBT+) pour améliorer les connaissances du personnel soignant. Cette collaboration avec le 3^e secteur, qui bénéficie de la confiance des minorités sexuelles, est également nécessaire pour les besoins de la recherche scientifique. Dans cet article, les participantes ont décrit la manière dont elles ont été traitées par les soignant-es, englobant les médecins, infirmier-es, sages-femmes, psychologues et psychothérapeutes dans les milieux de soins divers (hospitaliers, ambulatoires, liés à la contraception ou aux suivis gynécologiques). Bien que l'étude ne soit pas ciblée sur les interventions infirmières uniquement, elle apporte des résultats pertinents pour la pratique infirmière et pour cette revue de la littérature en exposant le point de vue des patientes, leurs besoins et leurs propositions d'améliorations concrètes. La population étudiée fait face à des obstacles importants en matière de soins (notamment un manque d'informations, un manque de prévention, des discriminations et une réticence à l'utilisation des services de santé) et représente donc un enjeu important en matière de santé.

La Finlande est un pays très avancé concernant les droits des personnes LGBTQIA+. Elle occupe la 5^e place sur une étude d'évaluation de 49 pays européens (ILGA- Europe, 2018). En tant que pays d'Europe occidentale, les résultats sont transférables avec la population, le contexte socioculturel et les établissements de soins de maternité suisses.

4.2 Description de l'étude 2

Tzur-Peled, S., Sarid, O., & Kushnir, T. (2019). Nurses' perceptions of their relationships and communication with lesbian women seeking perinatal care. *Journal of Clinical Nursing*, 28(17-18). <https://doi.org/10.1111/jocn.14904>

Cette étude quantitative* menée de décembre 2015 à avril 2016 dans des centres de santé pour femmes en Israël a contacté 270 infirmières dispensant des soins périnataux à des patientes lesbiennes, 184 ont répondu à des questionnaires d'auto-évaluation. Les participantes étaient exclues si elles travaillaient dans ces centres depuis moins d'1 an ou si elles ne parlaient pas l'hébreu. L'étude (qui fait partie d'une étude transverse* plus large menée sur la qualité des soins) visait à examiner la corrélation* entre les caractéristiques personnelles et professionnelles des infirmières, leurs connaissances sur l'homosexualité et leur évaluation de leurs relations avec les patient-es lesbiennes. Basée sur la théorie de l'identité sociale*, l'étude testait deux hypothèses* : (H1) les caractéristiques des infirmières influencent leur évaluation de leurs relations et communication avec les patientes lesbiennes ; (H2) une corrélation positive existe entre le niveau de connaissances sur l'homosexualité et cette évaluation. La variable dépendante* est l'évaluation des infirmières de leurs relations et communication avec les patientes lesbiennes, et les variables

indépendantes* sont les caractéristiques personnelles, professionnelles et le niveau de connaissances sur l'homosexualité. La recherche a été approuvée par le comité éthique IRB-Helsinki. Les participantes ont été informées de l'objectif de l'étude, du respect de leur anonymat, et leur consentement a été recueilli. Elles avaient une moyenne d'âge de 44,6 ans et 19 ans d'expérience. Les participantes étaient juives ashkénazes* d'origine européenne (58,2%), juives séfarades* d'origine islamique (31,5%) ou arabes (9,8%). La moitié s'identifient comme laïques* (56,5%) et ¼ se considèrent religieuses (26,1%). La grande majorité des participantes sont mariées (86,4%). 68,2% sont titulaires d'un Bachelor et 31,8% d'un Master. 57,1% avaient suivi des formations post-baccalauréat. La majorité connaissait une femme lesbienne (73,4%) et seulement 17,9% avaient une formation spécifique sur les besoins des patientes lesbiennes. La majorité des infirmières (66,7%) se sentaient suffisamment informées pour travailler avec ces patientes. L'orientation sexuelle des participantes n'a pas été interrogée. L'auto-évaluation était composée de trois questionnaires. Le premier porte sur les connaissances personnelles des infirmières avec de précédentes patientes lesbiennes, ainsi que leur aptitude à travailler avec ces patientes. Les items ont été appréciés à l'aide d'échelles de Likert*. L' α de Cronbach* n'est pas mentionné. Le deuxième questionnaire concerne les connaissances factuelles des infirmières sur l'homosexualité. Les réponses ont été additionnées pour former un score de 0 à 17. Un score élevé indique un niveau de connaissances élevé. Des items ont été supprimés pour raison d'inadéquation. La fiabilité obtenue pour ce questionnaire est $\alpha=0,70$. Le troisième questionnaire porte sur l'évaluation de la communication et de la relation avec les patientes. Les participantes devaient répondre à 18 questions sous forme d'affirmations. Le score global était compris entre 18 et 90. La fiabilité obtenue est $\alpha=0,90$. Les données ont été analysées à l'aide de la liste de contrôle de Squire*. La première hypothèse a été testée avec une ANOVA* à sens unique, une analyse de régression linéaire* et des t-tests*. La deuxième hypothèse a été examinée avec une analyse de régression linéaire.

Le questionnaire sur les connaissances factuelles de l'homosexualité a donné un score de 10,4 sur une échelle de 0 à 17, ce qui indique un niveau modéré de connaissances. Un score moyen de 44.80 sur 50 de l'évaluation des infirmières de leurs relations et leur communication avec les patientes lesbiennes relève une évaluation positive. Concernant la première hypothèse, les analyses ANOVA ont montré que l'évaluation des relations variait significativement selon les origines ethniques ($p=0,004$)*, la religiosité ($p=0,001$) et la connaissance de femmes lesbiennes ($p<0,001$). Les infirmières juives ashkénazes et laïques avaient des scores plus élevés. Pour la deuxième hypothèse, la régression linéaire

a confirmé que des connaissances factuelles plus élevées sur l'homosexualité amélioreraient l'évaluation des relations ($p=0,003$). Les deux hypothèses de départ ont été confirmées et les résultats sont cohérents avec la littérature, mais montrent des niveaux de connaissances inférieurs à ceux d'autres pays développés comme la Suède (Bjorkman & Malterud, 2012). Les auteurs notent le manque d'informations sur l'orientation sexuelle des infirmières et la subjectivité des variables comme limites. Ils/elles ne déclarent aucun conflit d'intérêts et ont bénéficié de soutiens financiers divers.

4.2.1 Validité méthodologique

Concernant la conception de l'étude, les objectifs de recherche sont clairement définis. Le contexte sociodémographique est précisé et situé par rapport aux études antérieures existantes. Le résumé synthétise les grandes lignes de la recherche de manière claire. Les concepts clés sont mis en évidence et définis. Concernant les conditions éthiques, elles sont appropriées. L'étude a été validée par le comité éthique IRB-Helsinki. Le consentement éclairé ainsi que l'anonymat des participantes ont été garantis. Un modèle de recherche transversale a été employé, ce qui représente un faible niveau de preuve scientifique quantitative (Haute Autorité de Santé, 2013). Cette méthode permet de recueillir les données de variables à un moment précis et d'obtenir rapidement des résultats, mais ne prend pas en compte les processus individuels de changement et de variabilité. L'utilisation de la liste de contrôle de Squire permet l'évaluation de la qualité des mesures. Les instruments utilisés comportent des biais de mesure. En effet, le premier questionnaire ne mentionne pas d' α de Cronbach, sa fiabilité n'est donc pas évaluée. Le second possède un α de 0,70 ce qui correspond au seuil minimal de fiabilité. Le dernier questionnaire possède un α de Cronbach plus fiable (0,90), cependant des items ont été supprimés du questionnaire, ce qui remet en cause l'objectivité et la fiabilité de l'instrument. De plus, les données des variables évaluées sont subjectives, et l'orientation sexuelle des participantes n'a pas été questionnée, les réponses peuvent donc possiblement être biaisées ou influencées. Les chercheur-es ont utilisé un échantillonnage non probabiliste* de commodité qui repose sur la disponibilité et l'accessibilité des participantes et engendre donc des limitations et des biais importants, compromettant la représentativité de la population et la généralisation des résultats. De plus, sur les 270 infirmières contactées, 86 se sont retirées de l'étude, ce qui engendre également un biais d'échantillonnage* et l'échantillon reste minime pour une étude quantitative. Les critères d'inclusion et d'exclusion sont précisés. Concernant la collecte de données, le processus de documentation manque de précisions, comme les instructions données aux participantes ou le temps de réponse. Les conditions de collecte de données ne sont pas standardisées pour toutes les

participantes. Bien que les instruments et les questions soient les mêmes, 85 infirmières ont rempli le questionnaire sur place tandis que 99 infirmières ont rempli le questionnaire à distance puis l'ont renvoyé aux enquêteur-es. Aucune précision n'est donnée concernant la formation des chercheur-es sur les procédures de collecte de données. Aucune mention de test pilote* effectué au préalable pour garantir la fiabilité de la procédure ne figure dans l'article. Concernant l'analyse des données, les méthodes sont présentées de manière transparente. Les tests effectués pour analyser la première hypothèse (ANOVA à sens unique, analyse de régression linéaire et t-tests) et pour la deuxième hypothèse (analyse de régression linéaire) sont appropriés. Cependant, pour la deuxième hypothèse, aucune valeur de corrélation n'est mentionnée. Au vu des nombreux biais cités, la validité externe et donc la transférabilité des résultats peuvent être remises en doute.

4.2.2 Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle

Grâce aux résultats obtenus, les chercheur-es proposent les recommandations suivantes pour la pratique infirmière : il est essentiel d'améliorer/changer les stéréotypes négatifs des infirmières à l'égard des patientes lesbiennes, qui influencent la prise en soin. Ce changement peut être accompli en mettant en place des programmes d'éducation et de formations continues et professionnelles aux infirmier-es et aux étudiant-es. Cette recherche offre des perspectives utiles pour l'amélioration de l'inclusivité et de l'équité des prises en charge au sein des équipes infirmières. Ces résultats et propositions peuvent consolider les compétences professionnelles et améliorer la prise en charge des patient-es lesbiennes.

Le contexte sociodémographique et religieux d'Israël diffère de la Suisse. En effet, la population juive représente seulement 0,3% de la population suisse (Confédération Suisse, 2023). La législation israélienne progresse sur la protection des droits LGBT+, mais les préjugés et rejets de l'homosexualité et de la transidentité sont encore très présents dans le judaïsme orthodoxe en Israël (Le Point, 2023 ; Zonszain, 2019). Ces différences de contexte ainsi que la subjectivité des données analysées (origine ethnique, croyances religieuses, croyances personnelles) peuvent compromettre la transférabilité des résultats. Malgré cela, cette recherche apporte des points nouveaux et intéressants en se concentrant sur le point de vue des infirmier-es.

4.3 Description de l'étude 3

Kerppola, J., Halme, N., Perälä, M.-L., & Maija-Pietilä, A. (2019). Parental empowerment—Lesbian, gay, bisexual, trans or queer parents' perceptions of maternity and child healthcare. <i>International Journal of Nursing Practice</i> , 25(5). https://doi.org/10.1111/ijn.12755

Cette étude qualitative inductive, réalisée en Finlande de juillet à septembre 2016, a recruté 22 parents LGBTQIA+ via deux ONG de défense des droits humains et publicités en ligne. L'objectif était de décrire leur point de vue sur l'autonomisation* dans les soins de santé maternelle et infantile. L'autonomisation est définie comme un processus collaboratif qui permet aux familles d'obtenir les compétences, les connaissances et les ressources nécessaires afin d'améliorer leur qualité de vie. L'autonomisation est également décrite comme un état psychologique qui est relié au concept d'auto-efficacité, d'*empowerment**, de conscientisation (Kerppola et al., 2019a). En Finlande, les soins de santé maternelle et infantile sont une part importante des soins préventifs. Ils sont fournis dans le cadre du système national, et l'État finance des aides/cours d'éducation, de préparation à la naissance et à la parentalité (Kerppola et al., 2019a). La recherche a été approuvée par le comité éthique de la recherche de l'Université de Finlande orientale, elle s'est conformée également aux règles éthiques de la Déclaration d'Helsinki. L'anonymat et le consentement des participant-es ont été respectés. Les personnes interrogées devaient s'identifier comme LGBTQIA+, être majeur-es, être parents biologiques ou non et avoir expérimenté les soins de santé périnataux ou pédiatriques finlandais durant les années 2000. Sur les 22 parents, un-e s'est identifié-e comme transgenre, un-e comme bisexuel-le, et deux comme non-binaires. 11 étaient des parents non biologiques. Le lieu et le moment des entretiens enregistrés étaient convenus selon les participant-es. Les entretiens de 45 à 90 minutes, se sont déroulés en présentiel (8) et par téléphone (14). Les parents étaient interrogés sur le partenariat des soignant-es avec eux, sur les stratégies des professionnel-les de santé pour optimiser leur autonomisation, sur l'hétéronormativité dans les soins périnataux et pédiatriques et sur l'implication des utilisateurs des services de soins. Le premier auteur s'est chargé des entretiens, de leur retranscription mot à mot et du codage. Le groupe de recherche a toutefois triangulé pour assurer la fiabilité et la crédibilité des résultats. Les données ont été examinées par une analyse de contenu inductive puis organisées en catégories. La saturation des données n'est pas mentionnée.

Les résultats se divisent en trois catégories. Premièrement les parents soulignent l'importance de la reconnaissance du rôle parental indépendamment du lien biologique ou légal avec l'enfant, ainsi que celui de se sentir visible et valide dans leur identité de genre ou orientation sexuelle, insistant sur la nécessité de formulaires et communications non hétéronormés. Deuxièmement ils/elles mettent en avant le besoin de respect et d'encouragement de l'autonomie parentale par les soignant-es, en stimulant la coopération et en reconnaissant les besoins et désirs des parents. Troisièmement, ils/elles insistent sur l'importance d'un environnement de soins sûr et sans discrimination, traitant tous les

parents de manière équitable. Ils/elles expriment également le besoin d'être pris en charge en tant que famille entière, sans mettre de côté l'un-e des parents. L'étude conclut que des changements structurels dans les établissements de soins sont nécessaires pour faciliter l'autonomisation des parents LGBTQIA+, avec un langage inclusif et des documentations adaptées. Les limites mentionnées incluent la restriction de l'échantillonnage aux participant-es ayant accès à internet ou aux ONG, et l'exclusion volontaire des familles plus vulnérables. Aucun conflit d'intérêts n'est mentionné et les auteur-es n'ont reçu aucun soutien financier.

4.3.1 Validité méthodologique

Les objectifs de l'étude sont clairement énoncés. La contextualisation sociodémographique est appropriée et située. La recherche détient des conditions éthiques adéquates. Elle a été validée par le comité éthique de la recherche de l'Université de Finlande orientale. L'anonymat, le consentement éclairé et la confidentialité des participant-es ont été respectés. Un échantillon non probabiliste* de commodité de 22 parents LGBTQIA+ a été choisi, ce qui peut compromettre la diversité de l'échantillon. Le recrutement des participants s'est fait par l'intermédiaire de publicité internet et de deux organisations non gouvernementales de défense des droits LGBTQIA+, ce qui peut engendrer un biais d'échantillonnage en limitant la diversité des participant-es et la transférabilité des résultats. Le processus et le déroulement des entretiens ont été décrits avec précision. L'enregistrement des entretiens a permis des résultats précis. Le choix du design s'est porté sur une approche qualitative avec une analyse inductive, qui permet une approche plus ouverte et flexible en repérant des thèmes/concepts émergents directement des données recueillies auprès des personnes interrogées, ce qui est approprié pour cette recherche. La triangulation des chercheur-es a été respectée. Le groupe de recherche a également participé à des groupes de discussion supervisés afin de garantir la crédibilité et fiabilité des résultats. La saturation des données n'est cependant pas mentionnée, ce qui compromet la qualité d'analyse et laisse supposer que de nouvelles données auraient pu s'ajouter. Selon la pyramide des preuves (Haute Autorité de Santé, 2013), cette étude bénéficie d'un faible niveau de preuve scientifique. Aucune information, mesure ou réflexion concernant le positionnement et la possible subjectivité des auteur-es n'est mentionnée. Mais aucun conflit d'intérêts n'a été déclaré et les auteur-es n'ont bénéficié d'aucun financement. Les résultats sont présentés de manière claire et organisés en catégories. Ils répondent aux objectifs de recherche et sont cohérents par rapport à la littérature. Concernant la validité externe, la transférabilité des résultats est remise en cause par un manque de représentativité de l'échantillon et par la méthode d'échantillonnage limitée aux

personnes ayant accès à internet. Les familles décrites comme plus « vulnérables » ont été volontairement évincées de l'enquête ce qui peut causer un biais de sélection.

4.3.2 Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle

Dans cet article, les chercheur-es émettent les recommandations suivantes pour la pratique clinique infirmière : des changements structurels dans les services de maternité et de santé infantile pour faciliter l'autonomisation des parents LGBTQ+ comme l'intégration du langage inclusif à l'oral et à l'écrit dans la documentation sur la maternité, et la prise en considération des parents indépendamment de leur lien biologique et/ou juridique avec l'enfant. L'échantillon englobe les parents LGBTQ+ et ne cible pas seulement les femmes lesbiennes. Les participant-es ont décrit leurs expériences avec les professionnel-les de santé sans préciser leur statut, mais en incluant les infirmier-es. Ces résultats montrent que des changements structurels sont nécessaires dans les services de maternité et de santé infantile afin d'améliorer l'inclusivité des patient-es LGBTQIA+ notamment des femmes lesbiennes, et de favoriser leur autonomisation en tant que parents. Les patient-es interrogé-es mettent en avant la responsabilité des soignant-es d'offrir un environnement sûr.

La Finlande est un pays très avancé concernant les droits des personnes LGBTQIA+. Elle occupe la 5^e place sur une étude d'évaluation de 49 pays européens (ILGA- Europe, 2018). En tant que pays d'Europe occidentale, les résultats sont facilement transférables avec la population, le contexte socioculturel et les établissements de soins suisses.

4.4 Description de l'étude 4

Howat, A., Masterson, C., & Darwin, Z. (2023). Non-birthing mothers' experiences of perinatal anxiety and depression: Understanding the perspectives of the non-birthing mothers in female same-sex parented families. *Midwifery*, 120, 103650.
<https://doi.org/10.1016/j.midw.2023.103650>

Cette étude qualitative, réalisée en 2023 au Royaume-Uni, a examiné les expériences de sept femmes non porteuses de l'enfant dans des couples de femmes homosexuelles concernant la dépression et l'anxiété périnatale. Les difficultés de santé mentale sont nombreuses et touchent une mère sur cinq dans les pays occidentaux. L'évaluation de la santé mentale est incluse dans les services de santé périnatale de nombreux pays, mais reste centrée sur la mère qui accouche (Howat et al., 2023). Recrutées via les réseaux sociaux et des organisations LGBTQIA+, les participantes ont été interrogées par entretiens semi-structurés* d'environ 60 minutes, sur leurs antécédents de santé mentale, leur vécu de dépression périnatale et/ou d'anxiété, la manière dont leurs expériences de soins les ont affectées, et leurs expériences positives de soutien concernant leur santé mentale

périnatale. Les entretiens se sont déroulés en présentiel (1), en appel vidéo (4) et en appel téléphonique (2). Ils ont tous été enregistrés puis retranscrits mot à mot. Toutes les participantes étaient blanches, six d'origine britannique. Six s'identifient comme lesbiennes et une comme bisexuelle. Elles avaient toutes eu un-e enfant dans les cinq années précédant l'étude, conçu-e par FIV ou insémination intra-utérine. L'âge moyen de leurs enfants au moment de l'étude était de 13 mois. Les participantes ayant vécu une mortinaissance* ou un décès néonatal ont été exclues. L'approbation éthique a été obtenue du comité de recherche universitaire de Leeds. Le consentement et l'anonymat des participantes ont été respectés. L'analyse phénoménologique inductive* a été employée. Ce type d'analyse permet de décrire la manière dont un individu, dans un contexte spécifique, donne du sens à un phénomène vécu. Les auteur-es se sont réparti les tâches et ont triangulé pour partager leurs réflexions. Ils/elles ont été appuyé-es par les critères d'évaluations de la qualité de la recherche qualitative ainsi que par un groupe de chercheur-es expert-es. L'auteur-e principal-e a également tenu un journal réflexif durant le processus.

Les résultats ont été organisés en six catégories. Premièrement, les participantes ont ressenti un manque d'inclusion et de reconnaissance en tant que mères, ce qui a causé de l'anxiété et une invalidation de leur rôle maternel par les soignant-es et la société. Elles rapportent avoir vécu des expériences de soins hétéronormatives, et mettent cela en lien avec une possible ignorance ou un manque de formation de la part des professionnel-les. Certaines rapportent même avoir été victimes de discriminations, de questions intrusives/inappropriées et d'homophobie. Elles relatent des difficultés à s'adapter à une nouvelle identité parentale avec une absence de modèles et de représentations. Ces difficultés ont entraîné une dissonance identitaire, de la détresse importante et parfois même de l'homophobie intériorisée*. Deuxièmement, elles ont décrit des changements dans la dynamique de couple, avec des sentiments de rejet et de jalousie. Troisièmement, elles ont éprouvé un sentiment d'échec et d'inadéquation dans leur rôle parental et de partenaire en se comparant négativement à d'autres parents et au rôle de « père » avec les aspects sociétaux négatifs qui y sont rattachés. Quatrièmement, un manque de contrôle et de connaissances a contribué à un sentiment d'incertitude et d'anxiété, amplifié par des expériences traumatisantes et par l'exclusion de la prise en charge de leurs enfants. Cinquièmement, les participantes ont ressenti un manque de légitimité en tant que parentes non porteuses avec des services de santé priorisant souvent la mère biologique et perpétuant ces idées d'exclusion et de non-légitimité. Enfin, elles ont exprimé un espoir d'avenir, soulignant l'amour pour leurs enfants et l'amélioration de leur santé mentale grâce à un soutien informel et professionnel.

Les auteur-es concluent que ces résultats sont cohérents avec la littérature sur la santé mentale paternelle, mais amplifiés pour les parents LGBTQIA+ en raison de l'absence d'un rôle parental socialement reconnu, la stigmatisation, l'homophobie et l'hétéronormativité des systèmes de santé. Les limites de l'étude incluent le manque de diversité de l'échantillon et l'oubli de la question de l'identité de genre des participantes, qui peuvent compromettre la transférabilité des résultats. Aucun conflit d'intérêts n'a été déclaré et l'étude n'a bénéficié d'aucun financement.

4.4.1 Validité méthodologique

Les objectifs de l'étude sont clairement énoncés. La contextualisation sociodémographique est appropriée et située. La recherche détient des conditions éthiques adéquates. L'étude a été validée par le comité de recherche et d'éthique universitaire de Leeds. Le consentement éclairé des personnes interrogées a été respecté et des pseudonymes ont été utilisés pour préserver l'anonymat. Le recrutement des participant-es s'est fait par l'intermédiaire de réseaux sociaux et d'organisations de soutien LGBTQIA+, ce qui peut limiter l'accès et la diversité des participant-es, et donc engendrer un biais d'échantillonnage. L'échantillon était constitué de sept mères qui n'ont pas accouché et qui sont en relation homosexuelle féminine où leur partenaire est actuellement enceinte ou l'a été durant les cinq dernières années. Les critères d'inclusion sont peu détaillés et la taille de l'échantillon demeure minime malgré le design qualitatif, ce qui peut compromettre la transférabilité des résultats. Les entretiens semi-structurés ont tous été enregistrés, ce qui est bénéfique pour la précision des résultats. Le processus de questionnement ainsi que la méthode d'entretien (face à face, appel vidéo, appel téléphonique) sont précisément détaillés. Une approche qualitative d'analyse phénoménologique interprétative a été employée. Cette méthode d'analyse, qui est appropriée pour répondre aux objectifs de l'étude, permet d'illustrer la manière dont un individu dans un contexte spécifique crée du sens à partir d'un phénomène vécu. La crédibilité et la fiabilité des résultats ont été garanties par la retranscription mot à mot des entretiens, la triangulation des chercheurs pour l'analyse, l'utilisation des sept critères d'évaluation de la recherche qualitative, la participation à un groupe supervisé par des chercheur-es expert-es ainsi que la tenue d'un journal réflexif. La réflexivité a permis aux chercheur-es d'analyser leurs valeurs, leurs suppositions et leurs propres expériences personnelles concernant le sujet afin d'éviter la subjectivité. La saturation des données n'est cependant pas mentionnée, ce qui compromet la qualité d'analyse et laisse supposer que de nouvelles données auraient pu s'ajouter. Selon la pyramide des preuves (Haute Autorité de Santé, 2013), cette étude bénéficie d'un faible niveau de preuve scientifique. Les résultats sont présentés de manière claire et sont

organisés en catégories. La transférabilité des résultats est cependant remise en doute, compte tenu du manque de diversité et de la taille minime de l'échantillon. Les auteur-es relèvent également le contexte sociojuridique favorable au Royaume-Uni permettant la libre expression des participantes, qui n'est pas le cas dans d'autres pays. Les chercheur-es n'ont bénéficié d'aucun financement, et aucun conflit d'intérêts n'a été déclaré.

4.4.2 Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle

Dans cet article, les chercheur-es n'émettent pas explicitement de recommandations pour la pratique clinique. Cependant, ils/elles rapportent une cohérence de leurs résultats avec la littérature internationale concernant les difficultés de santé mentale durant la grossesse et la prise en charge centrée sur la mère gestationnelle, laissant un sentiment d'invisibilité du père dans les couples hétérosexuels. Ces ressentis négatifs sont encore amplifiés pour les couples de femmes homosexuelles. En plus d'un manque de recherches à ce sujet, les résultats rapportent l'absence d'un rôle défini et socialement reconnu pour les couples de parents homosexuel-les, ce qui engendre des difficultés dans l'exercice du rôle parental ainsi que des difficultés dans le couple. Les participantes rapportent également de la stigmatisation concernant la santé mentale et l'homophobie, des discriminations subies à cause de systèmes de soins hétéronormatifs et de l'importance accordée par les soignant-es au lien biologique avec l'enfant.

Malgré le fait que cette étude ne cible pas seulement le personnel infirmier, elle apporte une plus-value importante et un point nouveau à cette revue de la littérature, car elle prend en compte la mère non porteuse de l'enfant. Elle met en avant l'importance d'une prise en charge holistique en englobant le deuxième parent, contrairement à une prise en charge centrée uniquement sur la mère qui accouche. Cette étude met en avant le lien entre les systèmes de soins hétéronormatifs, les discriminations/stigmatisations qui en découlent et les souffrances de santé mentale comme l'anxiété et la dépression. Elle relève la nécessité et la responsabilité des soignant-es d'offrir des soins inclusifs et équitables et de reconnaître les différentes formes de familles pour lutter contre le stress vécu par les minorités sexuelles. Cette recherche est utile pour la pratique infirmière, car elle propose des pistes d'amélioration, notamment la réflexion et la remise en cause des pratiques hétéronormatives ainsi que l'intégration et l'évaluation systématique des partenaires pour permettre une diminution du stress des minorités et des souffrances de santé mentale des parents LGBTQIA+, plus particulièrement des couples de femmes homosexuelles.

En tant que pays d'Europe occidentale, le Royaume-Uni possède un contexte socioculturel proche du contexte suisse. La sécurité juridique des personnes LGBT+ permet également

la transférabilité des résultats de cette recherche à la population et aux établissements de soins suisses, malgré la petite taille de l'échantillon (Howat et al., 2023).

4.5 Description de l'étude 5

Topper, P. S., Bauermeister, J. A., & Golinkoff, J. (2022). Fertility health information seeking among sexual minority women. *Fertility and Sterility*, 117(2), 399-407. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2021.09.023>

Cette étude qualitative menée en 2022 en Pennsylvanie (États-Unis), provenant d'une étude plus large menée sur le traitement antirétroviral* de couples de femmes enceintes, explore les expériences de 10 couples de femmes homosexuelles (10 partenaires gestationnelles et 10 non gestationnelles) en matière de PMA et de recherche d'informations sur la fertilité. L'accès à des informations fiables et adéquates est un point important de la prise de décisions éclairées en matière de santé. La majorité des informations disponibles sur la procréation médicalement assistée sont destinées aux couples cisgenres homme/femme et à leurs difficultés de fertilité, contrairement aux couples de femmes appartenant à une minorité sexuelle qui n'ont pas facilement accès à des informations appropriées. Le manque d'informations pour les couples de femmes peut donc nuire à leur prise de décisions médicales éclairées (Topper et al., 2022). Recrutées via des réseaux sociaux et des organisations LGBTQIA+, les participantes devaient être majeures, anglophones, s'identifier comme lesbiennes, bisexuelles, queer ou non hétérosexuelles, et avoir vécu la PMA dans les six mois précédant la recherche. L'étude, approuvée par l'Institutional Review Board de l'université de Pennsylvanie, a respecté le consentement éclairé et l'anonymat des participantes. Les entretiens se sont déroulés en trois séries sur l'espace de deux mois : un entretien indépendant de chaque femme du couple, et un entretien de couple avec les deux partenaires. La durée des entretiens était de 35 à 90 minutes, ils se sont déroulés sur une plateforme de vidéoconférence sécurisée, et ont tous été enregistrés puis retranscrits. Les chercheur-es ont suivi des guides d'entretiens semi-structurés pour interroger les participantes. Leur exactitude et fidélité par rapport aux dires des participantes ont été vérifiées. Plusieurs procédés ont permis la rigueur analytique, notamment la réflexivité, l'analyse des cas qui s'éloignaient du modèle, la confirmation des répondants et plusieurs codeurs et cycles de codage. La saturation des données a été atteinte et la triangulation des chercheur-es a été respectée.

L'analyse thématique* (Braun & Clarke, 2021) a révélé quatre catégories principales. Premièrement, les participantes ont exprimé l'incertitude et le manque d'informations sur la fertilité, rapportant des obstacles temporels et financiers pour accéder à la PMA. Deuxièmement, elles ont décrit des stratégies de recherche d'information variées, mais

souvent insuffisantes, soulignant l'impact négatif sur leur prise de décisions médicales. Troisièmement, elles ont mentionné une communication hétéronormative persistante avec les prestataires de soins, se sentant exclues et mal informées. Les participantes ont décrit des expériences de soins négatives, avec des soignant-es centrés sur la problématique de fertilité hétéronormée et non pas sur les besoins spécifiques des femmes lesbiennes. La majorité des informations disponibles dans les centres de santé concernant la PMA étaient axées sur l'infertilité biologique des couples hétérosexuels. Enfin, elles ont proposé des recommandations pour améliorer l'accès à l'information et aux soins, notamment en adaptant les informations sur la PMA aux couples de femmes lesbiennes et en incluant des discussions préconceptionnelles spécifiques.

Les résultats montrent un âge moyen des participantes de 33 ans, majoritairement blanches et diplômées de l'enseignement supérieur. Les procédures de conception incluaient la fécondation in vitro et l'insémination intra-utérine, avec une durée de traitement allant de 1 à 30 mois. Les limites de l'étude incluent le manque de diversité de l'échantillon et la possible difficulté de transférabilité des résultats. Aucun financement ni conflit d'intérêts n'ont été déclarés.

4.5.1 Validité méthodologique

Les objectifs de l'étude sont clairement énoncés. La contextualisation sociodémographique est appropriée et située. L'étude bénéficie de conditions éthiques rigoureuses, notamment par la validation de l'Institutional Review Board de l'université de Pennsylvanie, ainsi que par le respect du consentement éclairé et de l'anonymat des participantes. Le recrutement des participantes s'est déroulé par annonces sur Internet et dans des établissements fréquentés par les LGBT+, ce qui restreint la diversité des participantes et l'accès à l'étude. Les critères d'inclusion étaient précisément décrits. Un échantillon de 10 couples de femmes lesbiennes, queer ou bisexuelles (n=20) ont choisi de participer de manière volontaire, ce qui peut entraîner un biais de convenance. Ces biais d'échantillonnages et cet échantillon homogène compromettent la transférabilité des résultats. Le processus, la méthode et la temporalité des entretiens sont précisément décrits. De plus, ils ont tous été enregistrés et retranscrits, ce qui permet d'éviter la perte d'informations et garantit la fiabilité des résultats. Les chercheur-es ont choisi un design qualitatif, ce qui est approprié dans ce contexte pour recueillir les expériences des participantes et répondre aux objectifs de recherche. Le processus d'analyse est adéquat et précisément détaillé. Les chercheur-es ont employé des méthodes rigoureuses pour garantir la crédibilité et fiabilité de l'analyse, notamment la saturation des données, la triangulation des chercheur-es, la réflexivité, la présence de plusieurs cycles de codage et l'utilisation de critères de qualité de la recherche

qualitative (Guba & Lincoln, 1982). Cependant, selon la pyramide des preuves de la HAS, cette étude représente un faible niveau scientifique (Haute Autorité de Santé, 2013). Concernant les résultats, ils sont présentés de manière claire, et organisés par catégories, ils permettent de répondre aux objectifs de recherche. Aucune information n'est mentionnée concernant les financements de l'étude et les possibles conflits d'intérêt, ce qui pourrait remettre en cause l'objectivité de l'étude. Malgré les efforts décrits par les auteur-es pour atteindre des groupes divers, l'échantillon demeure homogène et la méthode d'échantillonnage restreint la diversité des participant-es. Ces deux points restreignent et remettent en question la transférabilité et la généralisation des résultats.

4.5.2 Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle

Les femmes lesbiennes sont une population vulnérable de patientes confrontées à de nombreux obstacles (manque d'informations/renseignements ou informations hétéronormées centrées sur l'infertilité, ressentis négatifs, communication et cadres de soins hétéronormatifs) lorsqu'elles essayent de concevoir. Cette absence d'informations fiables et spécifiques sur leurs besoins peut engendrer de graves conséquences de santé ainsi que la perpétuation des disparités en matière de santé. Bien que cette étude ne se concentre pas spécifiquement sur les actions infirmières, elle soulève un point important de prévention en amont de la grossesse qui est l'accès à des informations de santé fiables et inclusives. Le préjugé omniprésent selon lequel tous-tes les patient-es en processus de PMA ont des problèmes d'infertilité biologique, renforce l'hétéronormativité et influence la construction des informations ainsi que la communication des soignant-es (dont les infirmier-es). Le rôle infirmier est d'autant plus primordial pour améliorer la prise en charge des patient-es lesbiennes et renforcer son inclusivité.

Cette recherche effectuée aux États-Unis, plus précisément en Pennsylvanie, peut engendrer des disparités de contexte avec la Suisse et donc possiblement impacter la transférabilité des résultats. Cependant, elle apporte des pistes de réflexion intéressantes et nécessaires pour les infirmier-es suisses concernant l'accès aux informations de santé des patient-es lesbiennes souhaitant aboutir à une grossesse.

4.6 Description de l'étude 6

Dahl, B., & Malterud, K. (2015). Neither father nor biological mother. A qualitative study about lesbian co-mothers' maternity care experiences. <i>Sexual & Reproductive Healthcare</i> , 6(3), 169-173. https://doi.org/10.1016/j.srhc.2015.02.002

Cette recherche qualitative menée en 2015 en Norvège vise à approfondir le vécu des co-mères lesbiennes dans les soins de maternité et leurs implications pour la collaboration

avec les soignant-es. Validée par le service norvégien de données en sciences sociales, l'étude n'apporte cependant pas de précisions sur le consentement et l'anonymat des participantes. Un échantillon de commodité de 11 femmes a été recruté via le site de l'organisation norvégienne LGBT+ et un groupe Facebook pour parents homosexuel-les. La durée de l'échantillonnage n'est pas mentionnée. Les critères d'inclusion ne sont pas explicitement mentionnés, mais les participantes vivaient toutes en Norvège, étaient âgées de 30 à 52 ans, étaient mariées ou cohabitaient avec une autre femme lors de la naissance de leurs enfants. Les entretiens individuels de 40 à 80 minutes ont été enregistrés puis retranscrits mot à mot. Cependant, aucune information n'est donnée concernant la méthode d'entretien (par appel téléphonique, vidéo ou par réunion en présentiel). La saturation des données n'est pas mentionnée, mais la collaboration et triangulation des chercheur-es a été respectée. L'analyse des données, basée sur une condensation systématique*, s'est déroulée en quatre étapes : lecture globale, identification et codage des éléments majeurs, résumé et condensation du contenu, et généralisation des concepts. Les résultats sont présentés en trois catégories.

Premièrement, les petites améliorations quotidiennes pour garantir le sentiment d'inclusion des co-mères : les participantes ont généralement rapporté des expériences positives avec les soignant-es, soulignant l'importance de l'attitude non verbale (poignée de main, regard bienveillant, sourire) et de l'utilisation de termes inclusifs à l'oral et dans la documentation, plutôt que "père" pour contribuer à des sentiments de sécurité et de confiance dans les établissements de soins. Elles souhaitaient être traitées comme tout autre couple et appréciaient être incluses dans les tâches pendant l'accouchement, permettant de se sentir utile et visible. Deuxièmement, les difficultés d'identité parentale : les co-mères ont éprouvé des difficultés à s'identifier à leur rôle, surtout si elles avaient accouché auparavant. Elles ont aussi mentionné des questions intrusives et déplacées des soignant-es concernant le lien biologique avec l'enfant, mais se sentaient proches de leur partenaire en tant que femmes. Troisièmement, les termes utilisés pour se définir comme parent et la redéfinition du concept de famille nucléaire* : les participantes préféraient des surnoms personnels pour se définir, plutôt que le terme "co-mères", jugé froid et bureaucratique. Elles ont souligné les formulaires et logiciels de soins comme dépassés et hétéronormés, se sentant parfois invisibles lorsque leur nom ne figurait pas dans les dossiers de soins. Les limites de l'étude incluent un biais d'échantillonnage avec une surreprésentation des femmes urbaines et caucasiennes, et le recrutement via un réseau de parents lesbiens pouvant influencer les résultats. L'étude a été financée par l'Association norvégienne pour la santé publique des femmes, sans conflit d'intérêts déclaré.

4.6.1 Validité méthodologique

Les objectifs de l'étude sont clairement énoncés. La contextualisation sociodémographique est appropriée et située. Bien que l'étude ait été validée par le comité éthique du Service norvégien de données en sciences sociales, aucune information n'est mentionnée concernant le consentement et le respect de l'anonymat des participantes, qui sont des données importantes pour une étude qualitative. La fiabilité et la validité de l'échantillonnage sont remises en cause par de nombreux biais, notamment le choix d'un échantillon de commodité et du recrutement par l'intermédiaire d'organisation LGBT+ et de groupes fermés sur les réseaux sociaux qui restreignent considérablement la diversité de l'échantillon et donc la transférabilité des résultats. De plus, le processus de collecte de données est peu décrit, aucune information concernant la durée d'échantillonnage n'est précisée et les critères de sélection des participantes ne sont pas explicitement mentionnés. Les entretiens ont été enregistrés et retranscrits mot à mot pour garantir la fiabilité des informations. Cependant, aucune information n'est donnée concernant les méthodes employées et le processus (entretien en face à face, appel vidéo ou téléphonique). Les chercheur-es ont employé une condensation systématique comme outil d'analyse, qui est une méthode appropriée pour le design qualitatif. La triangulation et collaboration des chercheurs ont été respectées pour l'analyse. Cependant, la saturation des résultats n'est pas mentionnée, ce qui compromet la qualité d'analyse et laisse supposer que de nouvelles données auraient pu s'ajouter. Selon la pyramide des preuves (Haute Autorité de Santé, 2013), cette étude bénéficie d'un faible niveau de preuve scientifique. Aucune information n'est mentionnée concernant l'utilisation d'outils supplémentaires pour garantir la qualité et fiabilité de l'analyse ainsi que la réflexivité concernant la subjectivité. Les résultats sont détaillés et organisés en trois catégories. Concernant les limites de l'étude, les chercheur-es rapportent des biais d'échantillonnage, notamment à cause du manque de diversité de l'échantillon qui s'est concentré sur les femmes habitant en milieu urbain et de type caucasiennes. La méthode de collecte de données peut également avoir biaisé les résultats en surreprésentant les parents appartenant au réseau d'organisation LGBT+. La transférabilité et la généralisation des résultats sont donc compromises.

4.6.2 Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle

Bien que cette étude ne cible pas uniquement les infirmier-es mais englobe le personnel soignant des maternités, elle apporte des pistes de réflexion intéressantes pour la pratique infirmière et l'amélioration de l'inclusivité des patient-es lesbiennes. Les résultats de cette étude mettent en avant le rôle des soignant-es (et donc des infirmier-es) pour garantir la prise en charge globale et adéquate de la famille ainsi que les sentiments d'inclusion et de

reconnaissance de la mère qui n'accouche pas. Une attitude ouverte de la part des soignant-es, sans tenir compte du lien biologique des mères avec l'enfant, une amélioration de la communication et de la documentation, ainsi que la favorisation de l'implication des mères qui n'accouchent pas permettraient aux infirmier-es de rendre leurs prises en soins plus inclusives. Cela permettrait également aux patient-es de se sentir reconnues dans leurs rôles de mères.

En tant que pays d'Europe occidentale, la Norvège possède un contexte socioculturel proche du contexte suisse. La sécurité juridique des personnes LGBT+ permet également la transférabilité des résultats de cette recherche à la population et aux établissements de soins suisses, malgré les biais cités précédemment.

4.7 Synthèse des principaux résultats

Ce chapitre a pour visée de résumer les résultats des six études (une quantitative et cinq qualitatives) présentées et analysées dans la section précédente. Les résultats répondent à la question de recherche : « **Comment l'infirmier-e peut rendre plus inclusive la prise en charge périnatale des femmes lesbiennes avec un projet de grossesse ?** ». Le premier objectif était de décrire le ressenti des patient-es interrogées. Malgré quelques femmes lesbiennes décrivant des expériences de soins positives ou neutres (Soinio et al., 2019 ; Kerppola et al., 2019b ; Dahl & Malterud, 2015), la majorité rapporte des expériences négatives, voire même des discriminations (Soinio et al., 2019 ; Kerppola et al., 2019c ; Howat et al., 2023 ; Topper et al., 2022). Seule l'étude de Tzur-Peled et al., (2019) répondait au deuxième objectif qui était de décrire le point de vue des infirmier-es. Les infirmières interrogées ont évalué positivement leur relation et communication avec les patientes lesbiennes. Cependant, le manque de connaissances des infirmières et leurs caractéristiques professionnelles et personnelles (ethnie, religion) impactent cette évaluation. Le troisième objectif qui était d'analyser la problématique d'inclusivité dans les soins périnataux a pu être réalisé tout au long de l'analyse des 6 études, en exposant les facteurs favorisant comme l'attitude non verbale bienveillante des infirmier-es et soignant-es, le langage verbal inclusif et neutre, l'implication et prise en compte de la mère qui n'accouche pas dans les soins, et les facteurs défavorisant notamment l'hétéronormativité omniprésente tant dans la communication que dans la documentation, le manque de formation des infirmier-es et soignant-es, l'exclusion de la deuxième mère et l'importance accordée au lien biologique avec l'enfant ainsi que le manque d'informations médicales fiables et inclusives concernant les procédures de PMA. Les liens ont pu être effectués entre les besoins, les attentes des patient-es et le rôle infirmier ; ainsi trois catégories de résultats se sont distinguées pour répondre à la question de recherche. La première

concerne l'hétéronormativité et les actions infirmières pour y faire face et permettre une prise en charge plus inclusive. Les études de Soinio et al., (2019), Kerppola et al., (2019), Howat, A., Masterson, C., & Darwin, Z. (2023), Topper et al., (2022) et Dahl, B., & Malterud, K. (2015) recommandent une amélioration du langage verbal en utilisant des termes neutres sans assomption hétéronormée, un environnement accueillant et une attitude non verbale accueillante et ouverte, des changements dans les documents administratifs et dans les dossiers de soins en incluant des termes neutres également. Elles recommandent une amélioration de la documentation scientifique et médicale concernant les procédures de PMA en incluant les besoins des femmes lesbiennes et non pas seulement les problématiques de fertilité des couples hétérosexuels. Ces changements institutionnels permettraient, selon les participantes, une amélioration de leur sentiment d'inclusion, de validation dans le rôle parental, de leur santé mentale, de la relation thérapeutique et de leur adhésion aux systèmes/établissements de santé. La deuxième catégorie concerne la prise en charge globale et entière de la famille, à savoir la mère qui accouche et celle qui n'accouche pas, sans distinction ou exclusion. Les études de Kerppola et al., (2019), Howat et al., (2023) et Dahl, B. & Malterud, K. (2015) mettent en avant la responsabilité infirmière quant à la reconnaissance et prise en compte des besoins des parents pour favoriser leur autonomisation, ainsi que l'impact positif d'inclure et de valoriser la mère qui n'accouche pas dans les soins, comme validation de son rôle parental et pour favoriser un sentiment d'utilité. Elles mettent également en avant le rôle infirmier de prendre en considération la santé et les besoins de la 2^e mère afin de garantir une prise en soins holistique et diminuer les problématiques de santé mentale telles que l'anxiété ou la dépression. La troisième et dernière catégorie concerne la formation et les connaissances des infirmier-es par rapport aux besoins spécifiques des femmes lesbiennes. L'étude de Tzur-Peled et al., (2019) démontre que le manque de connaissances factuelles et de formation sur les besoins spécifiques des femmes lesbiennes impacte la prise en charge des infirmier-es. Les études de Soinio et al., (2019), Kerppola et al., (2019), Howat et al., (2023) relèvent également la nécessité de former les infirmier-es aux besoins de santé spécifiques des minorités sexuelles, ainsi que la collaboration des institutions de soins avec le 3^e secteur (associations LGBT+) qui permettrait une amélioration de leurs expertises, de leurs connaissances, et de la confiance accordée par les patientes.

Discussion

Ce chapitre permet de comparer les résultats de cette revue de la littérature avec des sources secondaires comme des revues systématiques, des méta-synthèses ou des méta-analyses. Pour ce travail, les résultats seront confrontés à une méta-synthèse (Snyder, 2019) et deux revues intégratives (Poliana da Silva Lucio & Cavalcante de Araujo, 2017 ; Nhamo-Murire & Macleod, 2017) sur les expériences de maternité des femmes lesbiennes concernant les soins infirmiers.

4.8 Discussion des résultats

La première catégorie de résultats qui regroupe l'amélioration de la communication verbale et non verbale, l'amélioration de la documentation et des environnements de soins, est confirmée par l'étude de Snyder (2018). Elle met en avant la nécessité de créer un environnement de confiance pour prodiguer les soins, et la responsabilité soignante de poser des questions directement aux patient-es au lieu d'émettre des assomptions hétéronormées. Cette méta-synthèse propose également d'utiliser un langage inclusif sur les formulaires d'admission et met en avant l'importance de l'attitude non verbale pour rassurer les patient-es (Snyder, 2019). La revue intégrative (Poliana da Silva Lucio & Cavalcante de Araujo, 2017) va également dans le sens des résultats en indiquant que les expériences négatives vécues avec les professionnel-les de santé, ainsi que le manque de documentation inclusive ont pour cause les exclusions hétéronormées. L'étude de Nhamo-Murire, M., & Macleod, C. (2017) recommande également d'utiliser un langage inclusif à l'oral et à l'écrit, et de créer un environnement de soins où la révélation de l'identité sexuelle est encouragée.

La deuxième catégorie de résultats qui sont la prise en charge globale et inclusive des deux mères et de la famille, sans accorder d'importance au lien biologique avec l'enfant et en incluant la mère qui n'accouche pas dans la prise en charge, est confirmée par l'étude de Snyder (2018). Elle souligne l'importance de reconnaître et d'inclure la deuxième maman dans les soins et dans la prise de décisions, comme acte d'autonomisation et d'affirmation pour les patientes. Des expériences négatives ont été rapportées lorsque les soignant-es ont ignoré la partenaire, ont refusé sa présence ou fait preuve de discriminations. Cependant, l'étude de Poliana da Silva Lucio, F., & Cavalcante de Araujo, E. (2017) n'aborde pas cette catégorie de résultats. L'étude de Nhamo-Murire, M., & Macleod, C. (2017) rapporte le sentiment d'exclusion et les difficultés des co-mères causées par des pratiques institutionnelles hétéronormées.

Finalement, la troisième catégorie de résultats qui sont la formation des infirmier-es aux besoins de santé spécifiques des minorités sexuelles et la collaboration des établissements de soins avec les associations LGBT+, est confirmée par l'étude de Snyder (2018). Elle rapporte que les patientes préfèrent se tourner vers des prestataires de soins formés au sujet des besoins des LGBT+, par peur d'être discriminées. Elle relève une meilleure adhésion aux systèmes de soins de la part des femmes lesbiennes lorsqu'elles rencontrent des soignant-es et des environnements de soins ouverts à leurs orientations, à leurs croyances culturelles et à leurs besoins. L'étude de Poliana da Silva Lucio, F., & Cavalcante de Araujo, E. (2017) va également dans ce sens en indiquant le manque de formation des infirmier-es comme la cause des difficultés à répondre aux besoins de santé des minorités sexuelles. L'étude de Nhamo-Murire, M., & Macleod, C. (2017) rapporte un manque de connaissances des professionnel-les de santé sur les besoins des femmes lesbiennes, ce qui engendre des expériences négatives voire des discriminations. Elle recommande une formation pertinente et actualisée pour les infirmier-es et professionnel-les de santé qui prennent en charge les femmes lesbiennes. Cependant, aucune des trois études n'aborde le sujet de la collaboration avec les associations LGBT+.

Pour conclure, les résultats de la revue intégrative de Poliana da Silva Lucio, F., & Cavalcante de Araujo, E. (2017), la revue intégrative de Nhamo-Murire, M., & Macleod, C. (2017) et la méta-synthèse de Snyder (2028) confirment les conclusions de cette revue de la littérature. Ils peuvent également être mis en lien avec les principes éthiques de la déontologie infirmière décrits dans la problématique, en rappelant le rôle infirmier de bienfaisance en offrant un environnement de soins adéquat qui répond aux besoins des patient-es, le rôle de non-malfaisance qui implique de ne pas causer de tort et de respecter l'intégrité des patient-es, le rôle d'autonomie en respectant les patient-es entièrement, peu importe leurs choix ou convictions, et finalement le rôle de justice qui implique de soigner les patient-es de manière appropriée et égalitaire, sans distinctions ou discriminations (ASI, 2013).

4.9 Discussion de la qualité et de la crédibilité des évidences

Les six études présentent des conditions éthiques adéquates et ont été validées par un comité éthique. Seule l'étude de Dahl, B., & Malterud, K. (2015) manque de précision concernant le respect de l'anonymat et du consentement des participant-es. Concernant les échantillons et méthodes d'échantillonnages, toutes les études comportent des biais qui impactent la diversité des participant-es et la transférabilité des résultats. Les cinq études qualitatives de Soinio et al., (2019), Kerppola et al., (2019), Howat, A., Masterson, C., & Darwin, Z. (2023), Topper et al., (2002) et Dahl, B., & Malterud, K. (2015) ont utilisé des

échantillons non probabilistes de convenance. L'étude quantitative de Tzur-Peled, S., Sarid, O., & Kushnir, T. (2019) a également utilisé un échantillonnage non probabiliste, ce qui compromet la qualité de preuve quantitative. En ce qui concerne les critères de rigueur en recherche qualitative, seules les études de Soinio et al., (2019) et Topper et al., (2022) mentionnent la saturation des données. Cependant, la crédibilité et la fiabilité sont établies dans les cinq études qualitatives, comprenant le respect de la triangulation des chercheurs, l'enregistrement des entretiens et la vérification/supervision par des critères de qualité.

Concernant l'étude quantitative de Tzur-Peled, S., Sarid, O., & Kushnir, T. (2019), le modèle d'analyse transversale utilisé correspond à un faible niveau de preuve quantitatif selon la HAS (2013). L'étude comprend de nombreux biais, notamment l'utilisation d'un échantillonnage non probabiliste, des biais de mesures dans les instruments utilisés et un manque de précision concernant le processus de collecte de données. De plus, la subjectivité des variables compromet également la transférabilité des résultats.

Toutes les études de cette revue ont un niveau de preuve IV de grade C selon le grade de recommandation quantitatif de la HAS (2013), ce qui rend cette revue de la littérature de faible niveau de preuve scientifique. Cependant, selon la pyramide des preuves qualitatives (annexe III), les cinq études qualitatives de cette revue représentent le 2^e niveau le plus élevé de la pyramide des preuves des significations/expériences (Levels of evidence (qualitative), 2007), ce qui correspond à un niveau élevé de preuve concernant la signification des expériences des participant-es. Le récit des expériences vécues par les patientes lesbiennes semble indispensable pour la compréhension et la mise en place d'actions infirmières pour améliorer leurs prises en charge. Cela justifie le recours à des devis qualitatifs.

Les biais cités précédemment, l'étude de Topper et al., (2022) effectuée aux États-Unis, et l'étude de Tzur-Peled, S., Sarid, O., & Kushnir, T. (2019) effectuée en Israël (incluant des données subjectives telles que l'origine ethnique et les croyances religieuses) peuvent compromettre la transférabilité des résultats au contexte suisse. Néanmoins, la majorité des études ont été réalisées en Europe (Finlande, Norvège, Royaume-Uni) avec des contextes sociodémographiques et juridiques concernant les droits LGBT+ pouvant se rapporter à la Suisse.

4.10 Limites et critiques de la revue de la littérature

En premier lieu, ce travail de Bachelor n'est pas une revue systématique, mais une revue de la littérature. Seules les bases de données Cinhal, Embase et PubMed ont été

consultées et employées. Toutefois, les études retenues pour répondre à la question de recherche de cette revue sont pertinentes pour fournir des éléments de réponses pour la pratique infirmière.

En deuxième lieu, les critères de sélection de cette revue de la littérature comportent quelques biais. Malgré la disciplinarité infirmière des auteur-es et des articles, seule l'étude de Topper et al., (2022) est centrée uniquement sur le point de vue des infirmier-es. Les cinq autres études incluent les infirmier-es, mais englobent tous-tes les prestataires de soins, comme les médecins et sages-femmes. À l'exception de l'étude de Kerppola et al., (2019) qui traite de parents LGBT+ (en incluant des femmes lesbiennes), toutes les études ont pour échantillon des femmes lesbiennes ou bisexuelles. Toutes les études abordent le contexte des soins périnataux, à part celle de Soinio et al., (2019) qui aborde les soins périnataux, mais les englobe dans les soins de santé en général. Seule l'étude de Dahl, B., & Malterud, K. (2015) ne respecte pas le critère de date de publication, mais a quand même été retenue en raison de ses éléments de résultats pertinents concernant les co-mères. Les équations de recherches ont dû être modifiées à plusieurs reprises en élargissant le concept de soins périnataux qui a remplacé le concept de base de procréation médicalement assistée, en raison d'un manque d'études récentes sur le sujet. Les critères de sélection ont également dû être élargis en incluant, comme cité précédemment, des études qui ne traitent pas uniquement de la prise en charge infirmière des femmes lesbiennes dans les soins périnataux, mais englobent les soins en général, les autres prestataires de soins et les parents LGBT+ (en incluant toutefois la population cible).

Finalement, les contextes sociodémographiques, culturels, juridiques et religieux permettent de critiquer la transférabilité des résultats. Quatre études ont été effectuées dans des pays du continent européen (Finlande, Norvège et Royaume-Uni), cela laisse supposer des contextes et des pratiques similaires à la Suisse sans toutefois le confirmer. L'étude de Topper et al., (2022) effectuée aux États-Unis et celle de Tzur-Peled, S., Sarid, O., & Kushnir, T. (2019) qui s'est déroulée en Israël et qui comprend des données subjectives comme l'origine ethnique et les croyances religieuses rendent les résultats plus difficilement applicables au contexte suisse.

Cependant, cette revue de la littérature représente une avancée théorique, car le sujet n'a pas été traité en Suisse. De plus, les dates de parutions récentes des articles permettent des résultats cohérents avec la pratique actuelle. Et la diversité des sujets traités dans les six études (comprenant la recherche d'informations préconceptionnelles, les consultations gynécologiques prénatales, les soins de maternité dans des cliniques de fertilité ainsi que

la prise en compte de la mère qui n'accouche pas) permet une analyse globale et complète des soins périnataux.

5 Conclusions

La nécessité d'amélioration de la prise en charge infirmière des femmes lesbiennes en soins périnataux afin de la rendre plus inclusive, sera mise en évidence et décrite dans ce dernier chapitre. Afin d'aboutir à une conclusion après l'analyse des études, des pistes d'amélioration pour les établissements de soins, la formation et la recherche seront proposées.

5.1 Propositions pour la pratique

Individuellement, chaque infirmier-e peut grandement améliorer l'inclusivité des patientes lesbiennes et des patient-es LGBTQIA+ par de simples actions quotidiennes : adopter une attitude ouverte (sourire, accueil bienveillant), poser des questions au lieu de faire des assomptions, utiliser un langage neutre et inclusif, prendre en charge la famille de manière globale et respecter les besoins et désirs des patient-es.

Toutefois, des changements de politiques institutionnelles sont nécessaires pour faire de l'inclusivité une norme dans les établissements de soins et au sein des équipes. C'est au niveau institutionnel que l'application des législatures, l'aménagement d'espaces accueillants, la mise en place de formations ainsi que des améliorations dans la documentation et les dossiers de soins sont possibles. Un accès simple et rapide à l'information montre l'ouverture et l'inclusion (Santé Sexuelle Suisse, 2024). Les centres hospitaliers romands comme le CHUV, l'HRC et l'Hôpital du Valais ne mentionnent aucunement les couples de femmes sur leurs sites internet de maternité et restent hétéronormés (CHUV, 2023a ; Hôpital du Valais, s. d. ; Hôpital Riviera Chablais, 2023). En revanche, le centre médical de fertilité de Lausanne, par exemple, propose un site inclusif et neutre, incluant les couples de femmes (Centre médical de fertilité, s. d.). Ces actions qui peuvent paraître banales sont pourtant cruciales pour créer un sentiment de visibilité et d'inclusion et ainsi favoriser l'adhésion et la confiance envers les établissements de soins. L'association nationale de santé sexuelle suisse, affiliée à l'OFSP, défend les droits sexuels et le devoir de l'État de garantir l'accès aux soins et à l'information sans discrimination (Santé Sexuelle Suisse, 2024). En résumé, bien que des améliorations institutionnelles soient encore nécessaires en Suisse romande, les actions quotidiennes des infirmier-es peuvent déjà améliorer l'inclusivité des femmes lesbiennes dans les soins de maternité.

5.2 Propositions pour la formation

Comme décrit précédemment dans l'analyse des résultats, la formation des étudiant-es infirmier-es ainsi que la formation post grade des infirmier-es concernant les besoins spécifiques des minorités sexuelles, apparaissent nécessaires pour améliorer l'inclusivité dans les prises en soins.

À la Haute École de Santé de Sion, le module professionnalisation 4 (semestre 6- PEC12) propose une approche des soins transculturels et comprend une journée de cinq heures dédiée aux populations LGBT+ (Haute École spécialisée de Suisse occidentale, 2012). Le nouveau plan d'étude cadre adopté par la Haute École de santé de Sion intègre également la thématique des populations LGBT+ dans le module parcours de vie 1b (Haute École de santé du Valais, 2024). La Haute École de la Source à Lausanne inclut également la thématique des populations LGBT+ dans ses modules de formation. Bien que ces avancées permettent d'inclure le sujet dans la formation infirmière en Valais et à la Source (contrairement aux autres Hautes Écoles de Santé romandes qui n'abordent pas le sujet ou seulement au travers d'un module facultatif sur la sexualité), le temps consacré aux besoins spécifiques des patientes lesbiennes demeure faible. Il serait donc intéressant d'inclure un module destiné aux minorités de genres et sexuelles dans les Hautes Écoles de Santé suisses (La Source, 2024 ; Haute École de Santé Vaud, 2024 ; Haute École de Santé Fribourg, 2020). Malgré le manque de documentation éducative spécifique, il serait également intéressant de remettre en question l'hétéronormativité générale dans la formation infirmière. Cela se retrouve notamment dans les cours d'anatomie ou les cours englobant le concept de « famille » ou de « couple » en évitant les assomptions hétéronormatives et en incluant des termes plus neutres et généraux.

Finalement, concernant la formation post grade infirmière en Suisse, il existe la possibilité d'effectuer un Certificate of Advanced Studies (CAS) de cinq modules sur l'égalité dans les pratiques professionnelles (Université de Lausanne & École Polytechnique fédérale de Lausanne, 2024). La formation comprend un module de trois jours d'enseignement (21h présentiels et 30h de travail personnel) sur la thématique des discriminations relatives à l'orientation sexuelle et à l'identité de genre dans divers domaines (santé, santé sexuelle, rapports de travail, violence) ainsi que les outils professionnels et institutionnels pour améliorer la prise en charge. Elle comprend également trois jours d'enseignement sur la diversité des formes familiales et les interventions infirmières pour réduire les inégalités, ainsi que deux jours d'enseignement et 65h de travail personnel sur le développement de pratiques égalitaires. Cependant, la formation engendre des coûts importants : 5'900 CHF

pour le certificat CAS et 1'200 CHF par module (Université de Lausanne & Ecole Polytechnique fédérale de Lausanne, 2024).

5.3 Propositions pour la recherche

En premier lieu, il apparaît nécessaire d'effectuer davantage d'études quantitatives sur le sujet de cette revue de la littérature permettant un niveau de preuve scientifique plus élevé, dans le but d'apporter davantage de résultats et de pistes d'amélioration pour rendre plus inclusive la prise en charge des femmes lesbiennes en quête de soins périnataux. Il serait également pertinent d'effectuer des recherches plus ciblées sur le rôle et les actions infirmières. Aucune étude suisse n'a été trouvée lors de cette recherche, il serait donc pertinent d'aborder le sujet dans les milieux de soins suisses.

En deuxième lieu, au vu du manque de littérature sur le sujet concernant les patient-es lesbiennes, il serait également pertinent de réaliser davantage d'études au sujet de la procréation médicalement assistée. Comme décrit dans l'étude de Topper et al., (2022), le manque d'informations fiables et inclusives concernant la PMA pour les femmes lesbiennes et le peu de documentation sur le sujet représentent une problématique de santé importante.

Pour conclure, cette revue de la littérature a contribué à souligner la nécessité de remettre en question les pratiques de soins hétéronormées ainsi que l'importance des interventions infirmières pour permettre une prise en charge périnatale plus inclusive des femmes lesbiennes. Ce domaine reste encore peu étudié, c'est pourquoi il est important de poursuivre les recherches pour continuer d'améliorer les pratiques infirmières afin d'accompagner au mieux cette population durant son parcours de maternité.

6 Liste de références

ADHEOS association LGBT. (2021). *Histoire LGBT*. ADHEOS.

<https://www.adheos.org/histoire-lgbt/>

Allan, H. (2007). Experiences of infertility : Liminality and the role of the fertility clinic.

Nursing Inquiry, 14(2), 132-139. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1800.2007.00362.x>

ASI. (2013). *L'éthique et la pratique infirmière* [Brochure].

Association faitière Familles arc-en-ciel. (2023). *Familles arc-en-ciel*.

https://www.regenbogenfamilien.ch/files/Broch_inofs_famarc_2015.pdf

Association Humanrights. (2024). *Définition du terme «discrimination»—Humanrights.ch*.

Humanrights. <https://www.humanrights.ch/fr/pfi/droits->

[humains/discrimination/dossier-non-discrimination/qu-est-ce-que-la-discrimination/](https://www.humanrights.ch/fr/pfi/droits-humains/discrimination/dossier-non-discrimination/qu-est-ce-que-la-discrimination/)

Bardin, L. (2013). Chapitre II. Le codage. In *L'analyse de contenu* (p. 134-149). Presses

Universitaires de France. <https://www.cairn.info/l-analyse-de-contenu-->

[9782130627906-p-134.htm](https://www.cairn.info/l-analyse-de-contenu--9782130627906-p-134.htm)

Benachi, A., Pressé, M., Vinchant, M., & Vivanti, A. (2021). *Soins infirmiers Gynécologie*

Obstétrique. Elsevier Masson.

Bjorkman, M., & Malterud, K. (2012). Lesbian women coping with challenges of minority

stress : A qualitative study. *Scandinavian Journal of Public Health*, 40(3), 239-244.

<https://doi.org/10.1177/1403494812443608>

Blais, M., & Martineau, S. (2006). L'analyse inductive générale :description d'une

démarche visant à donner un sensà des données brutes. *Recherches qualitatives*,

26(2), 1. <https://doi.org/10.7202/1085369ar>

Blakemore, E. (2021). *De LGBT à LGBTQIA+ : L'histoire d'une prise de conscience*

inachevée | *National Geographic*. National Geographic.

[https://www.nationalgeographic.fr/histoire/culture-de-lgbt-a-lgbtqia-lhistoire-dune-](https://www.nationalgeographic.fr/histoire/culture-de-lgbt-a-lgbtqia-lhistoire-dune-prise-de-conscience-inachevee)

[prise-de-conscience-inachevee](https://www.nationalgeographic.fr/histoire/culture-de-lgbt-a-lgbtqia-lhistoire-dune-prise-de-conscience-inachevee)

- Boswell, J. (1983). *Christianisme, tolérance sociale et homosexualité. Les homosexuels en Europe occidentale des débuts de l'ère chrétienne au XIVe siècle*. Gallimard.
- Braun, V., & Clarke, V. (2021). *Thematic Analysis : A Practical Guide* (1ere éd.). SAGE Publications Ltd. <https://www.amazon.fr/Thematic-Analysis-Practical-Virginia-Braun/dp/1473953243?asin=1473953243&revisionId=&format=4&depth=1>
- Brooks, D., & Stratford, P. (2009). Les études pilotes : Déterminer si elles peuvent être publiées dans *Physiotherapy Canada*. *Physiotherapy Canada*, 61(2), 67. <https://doi.org/10.3138/physio.61.2.67>
- Cadoret, A. (2014). *Des parents comme les autres : Homosexualité et parenté* (Odile Jacob).
- Carbado, D. W., Crenshaw, K. W., Mays, V. M., & Tomlinson, B. (2013). INTERSECTIONALITY. *Du Bois review : social science research on race*, 10(2), 303-312. <https://doi.org/10.1017/S1742058X13000349>
- Centre médical de fertilité. (s. d.). *Traitements et PMA*. CPMA. Consulté 7 juin 2024, à l'adresse <https://www.cpma.ch/TraitementsPMA>
- Centre médical de fertilité. (2024). *Echographie endovaginale* [Médical]. Echographie endovaginale. <https://www.cpma.ch/Bilandefertilité/Investigationschezlafemme/Echographieendovaginale>
- Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales. (2012). *LAÏQUE : Définition de LAÏQUE*. <https://www.cnrtl.fr/definition/academie9/la%C3%AFque//0>
- Chagnard, É., Fall, S., Labarrière, M., & Marot, K. (2014). Victimes, violences et contextes : L'approche systémique. In *Violences psychologiques* (p. 237-251). Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.smith.2014.01.0237>
- Chanson, G. (2019). Pour une comparaison systématique de cas : L'apport de csQCA à la condensation des données qualitatives. *Finance Contrôle Stratégie*, NS-6, Article NS-6. <https://doi.org/10.4000/fcs.3327>

- Chevaux, H., Le Bitoux, J., & Proth, B. (2004). À propos de l'homosexualité masculine et du sida. *Mouvements*, 35(5), 166-171. <https://doi.org/10.3917/mouv.035.0166>
- CHUV. (2023a). *Accoucher à la Maternité*. département femme-mère-enfant. <https://www.chuv.ch/fr/dfme/dfme-home/femme-mere/grossesse-accouchement/accoucher-a-la-maternite>
- CHUV. (2023b). *Les différents types d'anesthésies* [Médical]. Service d'anesthésiologie. <https://www.chuv.ch/fr/anesthesiologie/alg-home/patients-et-familles/types-danesthesie>
- CHUV, médecine de la fertilité et endocrinologie gynécologique. (2023a). *Les étapes de la FIV*. CHUV. <https://www.chuv.ch/fr/fertilite/umr-home/procreation-medicalement-assistee/traitements/fecondation-in-vitro-fiv/les-etapes-de-la-fiv>
- CHUV, médecine de la fertilité et endocrinologie gynécologique. (2023b). *Prise en charge des traitements de PMA*. médecine de la fertilité et endocrinologie gynécologique. <https://www.chuv.ch/fr/fertilite/umr-home/procreation-medicalement-assistee/couts>
- Cleaver, S. R., Carvajal, J. K., & Sheppard, P. S. (2016). L'humilité culturelle : Une façon de penser pour orienter la pratique à l'échelle mondiale. *Physiotherapy Canada*, 68(1), 2-4. <https://doi.org/10.3138/ptc.68.1.GEF>
- Collège Rosemont. (2016). *Politique sur les conflits d'intérêts en recherche* [Règlement]. Collège Rosemont. https://www.crosemont.qc.ca/wp-content/uploads/2018/11/politique_conflits_interets_recherche_2016-04-25.pdf
- Confédération Suisse. (2023). *Les religions – faits et chiffres*. <https://www.eda.admin.ch/aboutswitzerland/fr/home/gesellschaft/religionen/religion-en---fakten-und-zahlen.html>
- Coulon, A., Vulliemoz, N., & Mauron, A. (2017). *La procréation médicalement assistée* (Planète santé).
- CRYOS banque de sperme internationale. (2023). *Comment les couples lesbiens peuvent-ils réaliser leur rêve d'avoir un bébé ?* CRYOS.

<https://www.cryosinternational.com/fr-fr/dk-shop/prive/blog/comment-les-couples-lesbiens-peuvent-ils-avoir-un-bebe/>

Dahl, B., & Malterud, K. (2015). Neither father nor biological mother. A qualitative study about lesbian co-mothers' maternity care experiences. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 6(3), 169-173. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2015.02.002>

Darbellay, F., & Paulsen, T. (2008). *Le défi de l'inter et transdisciplinarité. Concepts, méthodes et pratiques innovantes dans l'enseignement et la recherche*. Presses Polytechniques et Universitaires Romandes.

<https://www.amazon.fr/Transdisciplinarit%C3%A9-pratiques-innovantes-lenseignement-recherche/dp/2880748097>

Dartois, F. (2022). *4 août 1982 : La loi Forni «dépénalise» l'homosexualité en France* | INA. ina.fr. <https://www.ina.fr/ina-eclaire-actu/loi-forni-discrimination-delit-d-homosexualite>

DATAtab. (2024a). *Qu'est-ce que la valeur p ?* <https://datatab.fr/tutorial/p-value>

DATAtab. (2024b). *Régression linéaire*. <https://datatab.fr/tutorial/linear-regression>

Davies, B., & Logan, J. (2020). *Lire des textes de recherche, guide convivial pour professionnels de la santé* (7e éd.). Elsevier. <https://www.archambault.ca/livres/lire-des-textes-de-recherche-7e-%C3%A9d/barbara-davies-j-logan/9780443120374/?id=3201801>

Debout, C. (2009). L'advocacy (Nursing advocacy). In *Les concepts en sciences infirmières* (2e édition). éditions Mallet et conseil.

Debout, C. (2012). Holisme. In *Les concepts en sciences infirmières* (p. 311-312). Association de Recherche en Soins Infirmiers. <https://doi.org/10.3917/arsi.forma.2012.01.0311>

DeepL. (2023). *DeepL Traduction – DeepL Translate : Le meilleur traducteur au monde* [Traduction]. DeepL translator. <https://www.deepl.com/translator>

- DeHart, D. D. (2008). Breast Health Behavior Among Lesbians : The Role of Health Beliefs, Heterosexism, and Homophobia. *Women & Health*, 48(4), 409-427.
<https://doi.org/10.1080/03630240802575146>
- Descoutures, V., Digoix, M., Fassin, E., & Rault, W. (2008). *Mariages et homosexualités dans le monde : L'arrangement des normes familiales* (Editions Autrement).
https://ulyse.univ-lorraine.fr/discovery/fulldisplay?vid=33UDL_INST:UDL&tab=Everything&docid=alma991005707739705596&lang=fr&context=L&adaptor=Local%20Search%20Engine&mode=advanced
- Désy, M. (2018). Dimension éthique de la stigmatisation en santé publique. *Institut national de santé publique*.
https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2344_dimension_ethique_stigmatisation_outil_aide_reflexion_2018.pdf
- DeVito, J. A., Chassé, G., & Vezeau, C. (2019). *La communication interpersonnelle* (4e édition). ERPI Pearson.
- Dictionnaire français. (2023). *Définition lesbienne—LE DICTIONNAIRE* [Le dictionnaire français en ligne]. <https://www.le-dictionnaire.com/definition/lesbienne>
- Dr. Bischel, N., & Dr. Conus, P. (2017). La stigmatisation : Un problème fréquent aux conséquences multiples. *Revue médicale Suisse*.
<https://doi.org/10.53738/REVMED.2017.13.551.0478>
- Drapeau-LGBT. (2020, juillet 8). Que veut dire LGBT ? LGBTQ+ ? Et LGBTQQIP2SAA ? *Drapeau-LGBT*. <https://drapeau-lgbt.fr/que-veut-dire-lgbt-lgbtq-lgbtqqip2saa-definition-sigles-lgbt/>
- Faderman, L. (2015). *The Gay Revolution : The Story of the Struggle* (Simon&Schuster). Simon & Schuster.
- Faucher, P., Hassoun, D., & Linet, T. (2023). *Santé sexuelle et reproductive des personnes LGBT* (Elsevier Masson).

- Fayn, M.-G., des Garets, V., & Rivière, A. (2017). Mieux comprendre le processus d'empowerment du patient. *Recherches en Sciences de Gestion*, 119(2), 55-73.
<https://doi.org/10.3917/resg.119.0055>
- Femmes de droit. (2018). Patriarcat. *Femmes de Droit*.
<https://femmesdedroit.be/informations-juridiques/abecedaire/patriarcat/>
- Fidolini, V. (2019). L'hétéronormativité. In *Manuel indocile de sciences sociales*. La Découverte. <https://doi.org/10.3917/dec.coper.2019.01.0798>
- Fish, J. (2006). *Heterosexism in Health and Social Care* (1^{re} éd.). Palgrave Macmillan London. <https://doi.org/10.1057/9780230800731>
- Fiv.fr. (2017, juin 30). *PMA et FIV en Suisse*. Fiv.fr. <https://www.fiv.fr/pma-fiv-suisse/>
- Foronda, C., Baptiste, D.-L., Reinholdt, M. M., & Ousman, K. (2016). Cultural Humility : A Concept Analysis. *Journal of Transcultural Nursing: Official Journal of the Transcultural Nursing Society*, 27(3), 210-217.
<https://doi.org/10.1177/1043659615592677>
- Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche, méthodes quantitatives et qualitatives* (2e édition). Chenelière éducation.
- Fourreau, V. (2023). *Où l'homosexualité est toujours un crime*. Statista Daily Data.
<https://fr.statista.com/infographie/30849/pays-dans-lesquels-homosexualite-est-un-crime>
- Fraïssé, C., & Barrientos, J. (2016). Le concept d'homophobie : Une perspective psychosociale. *Sexologies*, 25(3), 133-140.
<https://doi.org/10.1016/j.sexol.2016.02.001>
- Fussinger, Catherine & Kapferer, Nils. (2023). *REISO - Genre—La situation juridique des familles homoparentales*. Familles arc-en-ciel.
<https://www.reiso.org/articles/themes/genre/3843-la-situation-juridique-des-familles-homoparentales>

- Geay, J. (2021). *PMA en Europe : Quels pays l'autorisent et pour qui ?* France Inter.
<https://www.radiofrance.fr/franceinter/pma-en-europe-quels-pays-l-autorisent-et-pour-qui-3590582>
- Gedda, M. (2015). Traduction française des lignes directrices SQUIRE pour l'écriture et la lecture des études sur l'amélioration de la qualité des soins. *Kinésithérapie, la Revue*, 15(157), 59-63. <https://doi.org/10.1016/j.kine.2014.11.008>
- GenresPluriels. (2016). *Genres Pluriels—Identité de genre et expression de genre ?* Visibilité des personnes aux genres fluides, trans et intersexes.
<https://www.genrespluriels.be/identite-de-genre-et-expression-de-genre>
- GEO. (2022). *Quelles différences entre Ashkénaze et Séfarade ?* Geo.fr.
<https://www.geo.fr/histoire/quelles-differences-entre-ashkenaze-et-sefarade-210022>
- Godard, D. (2005a). *Deux hommes sur un cheval, l'homosexualité masculine au Moyen-Age* (H&O éditions, Vol. 1).
- Godard, D. (2005b). *L'amour philosophique : L'homosexualité masculine au siècle des Lumières* (H&O éditions, Vol. 4).
- Guay, M. (2019). *La pratique infirmière en procréation médicalement assistée au sein d'un établissement de santé québécois* [Mémoire]. Université de Montréal.
- Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (1982). Epistemological and Methodological Bases of Naturalistic Inquiry. *Educational Communication and Technology*, 30(4), 233-252.
- Haberey-Knuessi, V. (2013). *Le sens de l'engagement infirmier : Enjeu de formation et défi éthique* (éditions Seli Arslan).
- Haute Autorité de Santé. (2013). *Niveau de preuve et gradation des recommandations de bonne pratique*. Niveau de preuve et gradation des recommandations de bonne pratique. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-06/etat_des_lieux_niveau_preuve_gradation.pdf

Haute École de santé du Valais. (2024). *Formation Bachelor en Soins infirmiers... | HES-SO Valais-Wallis*. La HES-SO Valais-Wallis est un véritable hub de formation tertiaire et de recherche appliquée au cœur des Alpes suisses, offrant des formations Bachelor et ES multilingues et axées sur la pratique professionnelle dans des domaines aussi variés que les sciences de l'ingénieur, l'économie, le tourisme, l'informatique, la santé, le travail social et l'art appliqué.

<https://www.hevs.ch/fr/hautes-ecoles/haute-ecole-de-sante/soins-infirmiers/formation-bachelor-en-soins-infirmiers-200056>

Haute Ecole de Santé Fribourg. (2020). *Bachelor en soins infirmiers—HEdS-FR - Haute école de santé Fribourg*. <https://www.heds-fr.ch/fr/formations/soins-infirmiers/bachelor/>

Haute Ecole de Santé Vaud. (2024). Haute École de Santé Vaud (HESAV) | Soins infirmiers à plein temps. HESAV. <https://hesav.ch/formation/soins-infirmiers/soins-infirmiers-a-plein-temps/>

Haute École spécialisée de Suisse occidentale. (2012). *Plan d'études cadre Bachelor 12—Filière de formation en Soins infirmiers*. <https://www.hevs.ch/media/document/1/plan-etudes-bachelor-soins-infirmiers-878-2.pdf>

Heatherton, T. F., Kleck, R. E., Hebl, M. R., & Hull, J. G. (2003). *The social psychology of stigma*. Guilford Publications.

Hermann-Green, L. K., & Hermann-Green, M. (2008). *Familien mit lesbischen Eltern in Deutschland. Zeitschrift für Sexualforschung*(21). <https://doi.org/10.1055/s-0028-1098722>

Hôpital du Valais. (s. d.). *Maternité—Hôpital du Valais*. Maternité. Consulté 7 juin 2024, à l'adresse <https://www.hopitalduvalais.ch/disciplines-medicales/disciplines-de-a-a-z/pediatrie/viege/maternite>

- Hôpital Riviera Chablais. (2023). *Hôpital Riviera Chablais (HRC)—Maternité*. Maternité.
https://www.hopitalrivierachablais.ch/jcms/hrc_298622/fr/maternite
- Howat, A., Masterson, C., & Darwin, Z. (2023). Non-birthing mothers' experiences of perinatal anxiety and depression : Understanding the perspectives of the non-birthing mothers in female same-sex parented families. *Midwifery*, 120, 103650.
<https://doi.org/10.1016/j.midw.2023.103650>
- Hubbard, T. K. (2003). *Homosexuality in Greece and Rome* (University of California Press). Library of Congress. <https://fr.slideshare.net/Mvidotti/homosexuality-ingreeceandrome>
- Hudak, N. (2023). Who s the Mom ? Heterosexism in Patient-Provider Interactions of Queer Pregnant Couples. *Health Communication*, 38(1).
<https://doi.org/10.1080/10410236.2021.1936752>
- Hudak, N., & Bates, B. R. (2019). In Pursuit of queer-friendly Healthcare An Interview Study of How Queer Individuals Select Care Providers. *Health communication*, 34(8). <https://doi.org/10.1080/10410236.2018.1437525>
- ILGA. (2022). *Les violences anti-LGBTI plus fréquentes en Europe et en Asie centrale* [infoSport]. rts.ch. <https://www.rts.ch/info/monde/13801018-les-violences-antilgbti-plus-frequentes-en-europe-et-en-asie-centrale.html>
- ILGA- Europe. (2018). *Annual Review of the Human Rights Situation of Lesbian, Gay, Bisexual, Trans and Intersex people in Europe* [Annual review]. International Lesbian, Gay, Bisexual, Trans & Intersex Association. <https://www.ilga-europe.org/report/annual-review-2018/>
- inovie fertilité. (2023). *Statistiques sur la PMA en France et dans le Monde en 2023*. Inovie Fertilité. <https://inovie-fertilite.fr/statistiques-sur-la-pma-en-france-et-dans-le-monde-en-2023/>

Institut de recherche et de documentation pédagogique. (2022). *Biais de mesure : IRDP* ::

Institut de recherche et de documentation pédagogique. Biais de mesure.

<https://www.irdp.ch/institut/biais-mesure-2024.html>

InterAction. (2024). *Intersexuation—Association suisse pour les personnes intersexes*.

Intersexuation - Association suisse pour les personnes intersexes.

<https://www.inter-action-suisse.ch/fr/intersexuation>

IPSOS. (2023). *Enquête LGBT+ pride 2023*. IPSOS research company.

[https://www.ipsos.com/sites/default/files/ct/news/documents/2023-](https://www.ipsos.com/sites/default/files/ct/news/documents/2023-06/ipsos%20Enqu%C3%AAte%20LGBT%2B%20Pride%202023%20Globale.pdf)

[06/ipsos%20Enqu%C3%AAte%20LGBT%2B%20Pride%202023%20Globale.pdf](https://www.ipsos.com/sites/default/files/ct/news/documents/2023-06/ipsos%20Enqu%C3%AAte%20LGBT%2B%20Pride%202023%20Globale.pdf)

Jomat, L., & Maschino. (2022). *Stop aux violences sexistes et sexuelles*. SOS

homophobie. [https://www.sos-homophobie.org/nos-articles/stop-aux-violences-](https://www.sos-homophobie.org/nos-articles/stop-aux-violences-sexistes-et-sexuelles)

[sexistes-et-sexuelles](https://www.sos-homophobie.org/nos-articles/stop-aux-violences-sexistes-et-sexuelles)

Kerppola, J., Halme, N., Perälä, M.-L., & Maija-Pietilä, A. (2019a). Parental

empowerment—Lesbian, gay, bisexual, trans or queer parents' perceptions of maternity and child healthcare. *International Journal of Nursing Practice*, 25(5),

e12755. <https://doi.org/10.1111/ijn.12755>

Kerppola, J., Halme, N., Perälä, M.-L., & Maija-Pietilä, A. (2019b). Parental

empowerment—Lesbian, gay, bisexual, trans or queer parents' perceptions of maternity and child healthcare. *International Journal of Nursing Practice*, 25(5),

e12755. <https://doi.org/10.1111/ijn.12755>

Kerppola, J., Halme, N., Perälä, M.-L., & Maija-Pietilä, A. (2019c). Parental

empowerment—Lesbian, gay, bisexual, trans or queer parents' perceptions of maternity and child healthcare. *International Journal of Nursing Practice*, 25(5).

<https://doi.org/10.1111/ijn.12755>

Kervasdoué, C. de. (2021). *L'écriture inclusive, un débat très politique*. France Culture.

[https://www.radiofrance.fr/franceculture/l-ecriture-inclusive-un-debat-tres-politique-](https://www.radiofrance.fr/franceculture/l-ecriture-inclusive-un-debat-tres-politique-9192371)

[9192371](https://www.radiofrance.fr/franceculture/l-ecriture-inclusive-un-debat-tres-politique-9192371)

- Krüger, P., Pfister, A., Eder, M., & Mikolasek, M. (2022). La santé des personnes LGBT en Suisse. *Lucerne University of Applied Sciences and Arts*.
https://www.profa.ch/wp-content/uploads/2022/12/221209_RAP_sante_personnes_LGBT_hslu.pdf
- La Source. (2024). *Institut et Haute École de la Santé*. Institut et Haute École de la Santé La Source. <https://www.ecolelasource.ch/>
- Le Point. (2023). *En Israël, des juifs pratiquants tentent de concilier religion et transidentité* [Journal]. Le Point. https://www.lepoint.fr/monde/en-israel-des-juifs-pratiquants-tentent-de-concilier-religion-et-transidentite-01-03-2023-2510498_24.php#11
- Le Robert. (2023). *Le Robert Dico en Ligne*. <https://dictionnaire.lerobert.com/google-dictionnaire-fr>
- Le Robert. (2024). *patriarcat—Définitions, synonymes, prononciation, exemples | Dico en ligne Le Robert* [Dictionnaire]. Le Robert dico en ligne.
<https://dictionnaire.lerobert.com/definition/patriarcat>
- Légal, J.-B., & Delouée, S. (2021). *Stéréotypes, préjugés et discriminations* (3e édition).
- Lerch, A. (2013). Visibilité croissante, dignité contestée : Quelques étapes dans la reconnaissance sociale de l'homosexualité en France. *Cahiers de l'action*, 40(3), 13-19. <https://doi.org/10.3917/cact.040.0013>
- LeRobert. (2024a). *autonomisation—Définitions, synonymes, prononciation, exemples | Dico en ligne Le Robert* [Dictionnaire]. Le Robert dico en ligne.
<https://dictionnaire.lerobert.com/definition/autonomisation>
- LeRobert. (2024b). *déontologie—Définitions, synonymes, prononciation, exemples | Dico en ligne Le Robert*. Dico en ligne.
<https://dictionnaire.lerobert.com/definition/deontologie>

LeRobert. (2024c). *féminisme—Définitions, synonymes, prononciation, exemples* | *Dico en ligne Le Robert* [Dictionnaire]. Le Robert dico en ligne.

<https://dictionnaire.lerobert.com/definition/feminisme>

LeRobert. (2024d). *misogynie—Définitions, synonymes, prononciation, exemples* | *Dico en ligne Le Robert* [Dictionnaire]. Le Robert dico en ligne.

<https://dictionnaire.lerobert.com/definition/misogynie>

LeRobert. (2024e). *nucléaire—Définitions, synonymes, prononciation, exemples* | *Dico en ligne Le Robert* [Dictionnaire]. Le Robert dico en ligne.

<https://dictionnaire.lerobert.com/definition/nucleaire>

LeRobert. (2024f). *périnatale—Définitions, synonymes, prononciation, exemples* | *Dico en ligne Le Robert* [Dictionnaire]. Le Robert dico en ligne.

<https://dictionnaire.lerobert.com/definition/perinatal>

LeRobert. (2024g). *sexisme—Définitions, synonymes, prononciation, exemples* | *Dico en ligne Le Robert* [Dictionnaire]. Le Robert dico en ligne.

<https://dictionnaire.lerobert.com/definition/sexisme>

LeRobert. (2024h). *thésaurus—Définitions, synonymes, prononciation, exemples* | *Dico en ligne Le Robert* [Dictionnaire]. Le Robert dico en ligne.

<https://dictionnaire.lerobert.com/definition/thesaurus>

LeRobert. (2024i). *transphobie—Définitions, synonymes, prononciation, exemples* | *Dico en ligne Le Robert* [Dictionnaire]. Le Robert dico en ligne.

<https://dictionnaire.lerobert.com/definition/transphobie>

l'Europe, R. T. (2020, juillet 30). *PMA : Quels droits en Europe ?* Touteleurope.eu.

<https://www.touteleurope.eu/societe/pma-quels-droits-en-europe/>

Levels of evidence (qualitative). (2007).

https://media2.hsl.washington.edu/media/images/ebp_pyramid_qualitative.pdf

LGBT+ family coalition. (2022). *Langage inclusif*. Coalition des familles LGBT+.

<https://familleslgbt.org/ressource/langage-inclusif/>

- Loi fédérale du 1er janvier 2018 du Code civil sur l'adoption de l'enfant du conjoint ou du partenaire (CC; RS 210; état le 01.01.2018). Consulté 25 novembre 2023, à l'adresse
https://fedlex.data.admin.ch/filestore/fedlex.data.admin.ch/eli/cc/24/233_245_233/20230101/fr/pdf-a/fedlex-data-admin-ch-eli-cc-24-233_245_233-20230101-fr-pdf-a.pdf
- Loi fédérale du 1er juillet 2020 du Code pénal sur la discrimination et l'incitation à la haine (RS 311.0; état le 1er juillet 2020). Consulté 25 novembre 2023, à l'adresse
https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/54/757_781_799/fr#a261bis
- Loi fédérale du 18 décembre 1998 sur la procréation médicalement assistée (=LPMA; RS 810.11; état le 1er juillet 2023). Consulté 14 décembre 2023, à l'adresse
<https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/2000/554/fr>
- Loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (=LAMal; RS 832.10; état le 1er septembre 2023). Consulté 28 octobre 2023, à l'adresse
https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/1995/1328_1328_1328/fr
- M W Bos, H., van Balen, F., & van den Boom, D. (2007). Child adjustment and parenting in planned lesbian-parent families. *The American journal of orthopsychiatry*, 77.
<https://doi.org/10.1037/0002-9432.77.1.38>
- Magnon, R., & Déchanoz, G. (2005). *Dictionnaire des soins infirmiers* (3e édition). MASSON.
- Marieb, E. N., & Hoehn, K. (2019). *Anatomie et physiologie humaines* (11e édition). Pearson.
- Meyer, I. H. (1995). Minority Stress and Mental Health in Gay Men. *Journal of Health and Social Behavior*, 36(1), 38-56. <https://doi.org/10.2307/2137286>
- Meyer, I. H. (2003a). Prejudice, Social Stress, and Mental Health in Lesbian, Gay, and Bisexual Populations : Conceptual Issues and Research Evidence. *Psychological Bulletin*, 129(5), 674. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.5.674>

- Meyer, I. H. (2003b). *Stress des minorités sexuelles* [Prejudice, social stress and mental health in lesbian, gay and bisexual populations : Conceptual issues and research evidence]. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2072932/>
- Ministère de la Culture. (2024). *Conseils pour une communication plus inclusive*. Quelques conseils pour une communication plus inclusive sur Elles font la culture. https://ellesfontla.culture.gouv.fr/conseils_articles/42
- Modification du Code civil du 18 décembre 2020 sur la loi du mariage pour tous (CC; RS 210; état le 18.12.2020). Consulté 14 décembre 2023, à l'adresse https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/24/233_245_233/fr
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G., & PRISMA Group. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses : The PRISMA statement. *PLoS Medicine*, 6(7), e1000097. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>
- Mucchielli, A. (2009). S. In *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines: Vol. 3e éd.* (p. 226-278). Armand Colin. <https://doi.org/10.3917/arco.mucch.2009.02.0226>
- Muséum national d'Histoire naturelle. (2021). *Qu'est-ce que le genre ?* Muséum national d'Histoire naturelle. <https://www.mnhn.fr/fr/qu-est-ce-que-le-genre>
- Nhamo-Murire, M., & Macleod, C. I. (2017). Lesbian, gay, and bisexual (LGB) people's experiences of nursing health care : An emancipatory nursing practice integrative review. *International Journal of Nursing Practice*, 24. <https://doi.org/10.1111/ijn.12606>
- Office Fédérale de la Statistique. (2021). *Les familles en Suisse, rapport statistique 2021* [Rapport statistique]. OFS. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home.html>
- OFS. (2022, mars 24). *Portrait démographique de la Suisse—État, structure et évolution de la population en 2020 | Publication*. Office fédéral de la statistique. <https://www.bfs.admin.ch/asset/fr/21764559>

OFSP, O. fédéral de la santé publique. (2023). *Procréation médicalement assistée*.

<https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/medizin-und-forschung/fortpflanzungsmedizin.html>

Organisation des Nations Unies. (2015, octobre 6). *La Déclaration universelle des droits de l'homme*. <https://www.un.org/fr/universal-declaration-human-rights/>

Organisation des Nations Unies. (2023). *Personnes intersexes*. OHCHR.

<https://www.ohchr.org/fr/sexual-orientation-and-gender-identity/intersex-people>

Organisation des Nations Unies femmes. (2022, novembre 25). *Faits et chiffres : Mettre fin à la violence à l'égard des femmes*. ONU Femmes.

<https://www.unwomen.org/fr/what-we-do/ending-violence-against-women/facts-and-figures>

Organisation mondiale de la santé. (2024). *Mortinaissances*. <https://www.who.int/fr/health-topics/stillbirth>

Paillé, P., & Mucchielli, A. (2016). Chapitre 11. L'analyse thématique. In *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales: Vol. 4e éd.* (p. 235-312). Armand Colin. <https://doi.org/10.3917/arco.paill.2016.01.0235>

Pascoe, E. A., & Richman, L. S. (2009). Perceived Discrimination and Health : A Meta-Analytic Review. *Psychological bulletin*, 135(4), 531-554. <https://doi.org/10.1037/a0016059>

Payne, D., & Goedeke, S. (2007). Holding together : Caring for clients undergoing assisted reproductive technologies. *Journal of Advanced Nursing*, 60(6), 645-653. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04451.x>

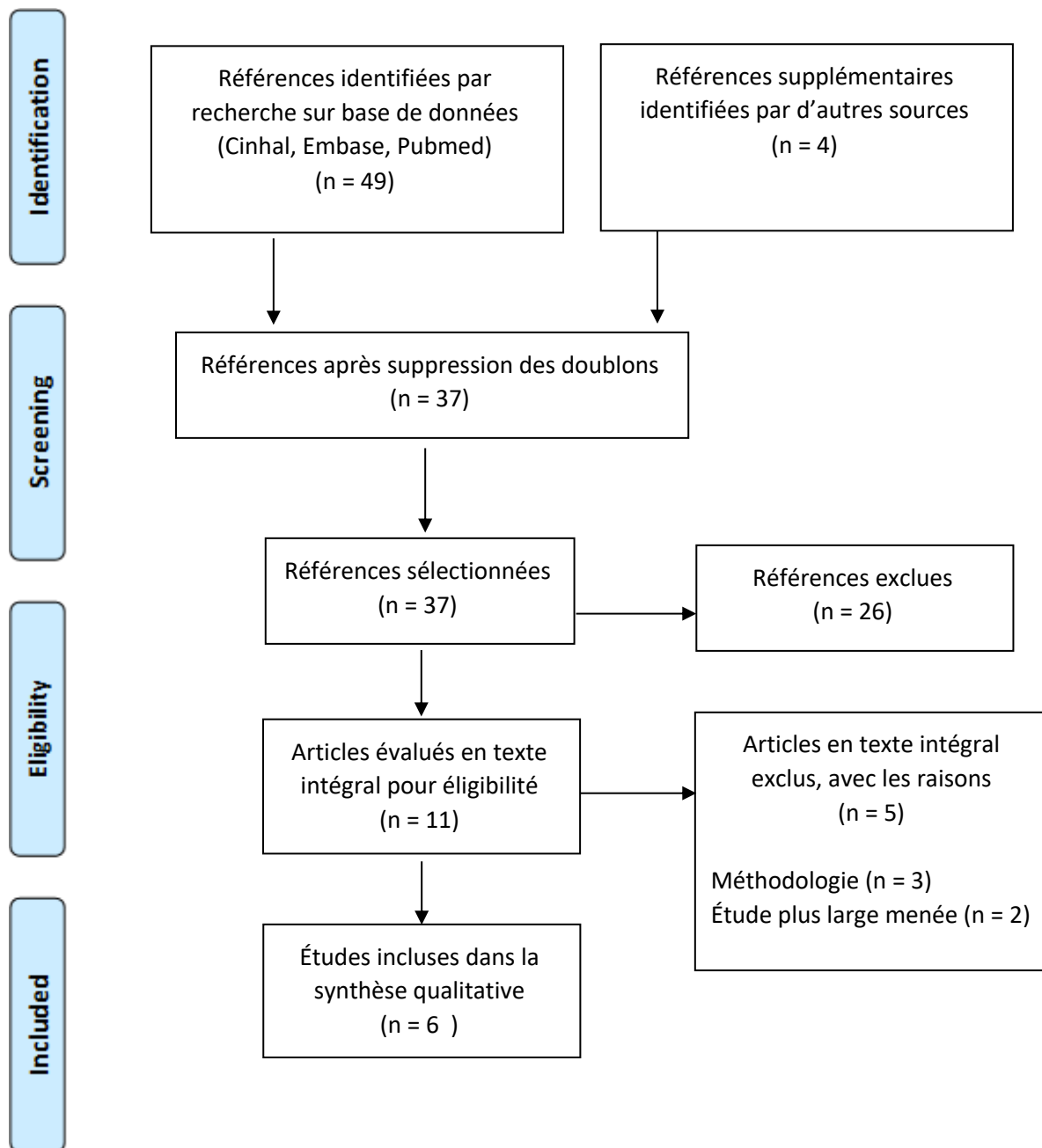
Peniston, W. A. (1996). Love and Death in Gay Paris : Homosexuality and Criminality in the 1870s. In *Homosexuality in Modern France*. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780195093032.003.0007>

- Poliana da Silva Lucio, F., & Cavalcante de Araujo, E. (2017). The maternity of lesbian mothers from the nursing perspective : Integrative review. *Revista Electronica de Enfermagem*. <https://doi.org/10.5216/ree.v19.40304>
- Pro Familia Schweiz. (2022). *Familles arc-en-ciel*. Pro Familia Schweiz. <https://www.profamilia.ch/fr/familles/guide-des-familles/mots-cles/famille-arc-en-ciel-2>
- Salès-Wuillemin, E. (2006). *La catégorisation et les stéréotypes en psychologie sociale*. Dunod. <https://shs.hal.science/halshs-00596051/>
- Santé publique France. (2023a). *En savoir plus sur l'identité de genre*. QuestionsSexualité. <https://questionsexualite.fr/connaitre-son-corps-et-sa-sexualite/la-diversite-de-genre/qu-est-ce-que-l-identite-de-genre>
- Santé publique France. (2023b). *Les différentes orientations sexuelles*. QuestionsSexualité. <https://questionsexualite.fr/connaitre-son-corps-et-sa-sexualite/l-orientation-sexuelle/qu-est-ce-que-l-orientation-sexuelle>
- Santé publique France. (2024). *Qu'est-ce que la procréation médicalement assistée (PMA) ?* QuestionSexualité. <https://questionsexualite.fr/comprendre-la-conception-et-la-grossesse/les-autres-modes-de-procreation/qu-est-ce-que-la-procreation-medicalement-assistee-pma>
- Santé sexuelle Suisse. (2023). *Caractéristiques biologiques sexuelles et identité de genre*. Santé Sexuelle Suisse. <https://www.sante-sexuelle.ch/themes/caracteristiques-sexuelles-et-identite-de-genre>
- Santé Sexuelle Suisse. (2024). *Santé sexuelle et droits sexuels : Accès pour tout le monde*. Santé Sexuelle Suisse. <https://www.sante-sexuelle.ch/themes/acces-pour-toutes-et-tous>
- Schlagdenhauffen, R. (2011). *Tringle rose—La persécution nazie des homosexuels et sa mémoire*. Autrement (éditions).

- Sidaction. (2024). *ARV (antirétroviral)*. Sidaction. <https://www.sidaction.org/definition/arv-antiretroviral/>
- Snyder, M. (2019). Health Care Experiences of Lesbian Women : A Metasynthesis. *ANS. Advances in Nursing Science*, 42(1), E1-E21.
<https://doi.org/10.1097/ANS.0000000000000226>
- Soinio, J. I. I., Paavilainen, E., & Kylmä, J. P. O. (2019). Lesbian and bisexual women's experiences of health care : « Do not say, "husband", say, "spouse" ». *Journal of Clinical Nursing*, 29(1-2), 94-106. <https://doi.org/10.1111/jocn.15062>
- Sorbonne Université. (2020). *Mouvements homosexuels et LGBTQI en Europe | EHNE*. EHNE Sorbonne Université.
<https://ehne.fr/fr/encyclopedie/th%C3%A9matiques/genre-et-europe/de-la-transition-d%C3%A9mographique-aux-r%C3%A9volutions-sexuelles/mouvements-homosexuels-et-lgbtqi-en-europe>
- SOS homophobie. (2024a). *Hétérosexisme | SOS homophobie* [Association].
<https://www.sos-homophobie.org/informer/definitions/heterosexisme>
- SOS homophobie. (2024b). *Homophobie intériorisée. C'est comme ça*.
<https://cestcommeca.net/lgbtphobies-def/homophobie-interiorisee/>
- Statista. (2023). *Démographie : Quelle est la proportion de femmes et d'hommes dans le monde ?* Statista Daily Data. <https://fr.statista.com/infographie/30448/proportion-de-femmes-et-hommes-par-pays-ou-territoire-dans-le-monde>
- Tajfel, H., & Turner, J. C. (1986). The Social Identity Theory of Intergroup Behavior. In *Political psychology* (p. 276-293). J. T. Jost & J. Sidanius.
<https://doi.org/10.4324/9780203505984-16>
- Tasker, F., & Patterson, C. (2007). Research on Gay and Lesbian Parenting. *Journal of GLBT Family Studies*, 3:2-3. https://doi.org/10.1300/J461v03n02_02

- Topper, P. S., Bauermeister, J. A., & Golinkoff, J. (2022). Fertility health information seeking among sexual minority women. *Fertility and Sterility*, 117(2), 399-407. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2021.09.023>
- Unapei. (2024). *L'autodétermination : Du concept à la pratique—Unapei* [Association]. L'autodétermination : du concept à la pratique. <https://www.unapei.org/actions/autodetermination-concept-pratique/>
- UNESCO. (2021). *Inclusion sociale*. Inclusion Sociale. <https://fr.unesco.org/fiche-inclusion-sociale>
- Université de Lausanne & École Polytechnique fédérale de Lausanne. (2024). *Études genre : Promouvoir l'égalité dans les pratiques professionnelles—Formation Continue Unil EPFL*. Formations continues. <https://www.formation-continue-unil-epfl.ch/formation/etudes-genre-cas/>
- Université de Montréal. (2024). *Réaliser une revue de littérature*. Bibliothèques - Université de Montréal. <https://bib.umontreal.ca/evaluer-analyser-rediger/syntheses-connaissances/revue-litterature-recension-ecrits?tab=5224269>
- Université du Québec. (2024). *Approches inductives : Travail intellectuel et construction des connaissances | Université du Québec*. <https://reseau.uquebec.ca/fr/contenu/approches-inductives-travail-intellectuel-et-construction-des-connaissances>
- Winkler, J. J. (2006). La double conscience dans la poésie de Sappho. In *Désir et contraintes en Grèce antique* (Presses universitaires de Caen). <https://journals.openedition.org/kentron/1790>
- Zonszain, P. (2019). Les droits des LGBT en Israël. *Pardès*, 64-65(1-2), 389-392. <https://doi.org/10.3917/parde.064.0389>

Annexe I : Diagramme de flux PRISMA 2009



(Moher et al., 2009)

Annexe II : Tableaux de recension des études :

Soinio, J. I. I., Paavilainen, E., & Kylmä, J. P. O. (2019). Lesbian and bisexual women's experiences of health care: « Do not say, "husband", say, "spouse" ». *Journal of Clinical Nursing*, 29(1-2), 94-106. <https://doi.org/10.1111/jocn.15062>

Design	Échantillon	But(s), objectif(s)	Cadre de référence	Méthode(s) de collecte des données	Méthodes d'analyse	Résultats
Qualitatif	22 femmes (12 lesbiennes et 10 bisexuelles)	Décrire les expériences et les souhaits des femmes lesbiennes et bisexuelles en matière de soins de santé en Finlande	Orientation sexuelle = aspect personnel de l'identité et aspect important des soins de santé holistiques.	Questionnaire en ligne en 2018 (enquête électronique)	Analyse de contenu inductive	2 thèmes : expériences et souhaits. Soins décrits comme hétéronormatifs.
Niveau de preuve	Échantillonnage	Question(s) de recherche	Peu de recherches sur perspectives des expériences de santé femmes lesbiennes, bisexuelles en Finlande.	Éthique	Données lues et analysées séparées entre les 2 Q de R (2 thèmes)	Expériences négatives personnelles et des autres = impact négatif sur utilisation des services de santé.
4	Échantillon de commodité (non probabiliste)	1) Quelles expériences les femmes lesbiennes et bisexuelles ont-elles vécues dans le cadre des soins de santé ?	Apréhension des soins en raison de comment vont être traitées. Moins bon état de santé.	Étude menée avec coopération de Seta (organisation défense droits de l'homme).	Rapport vérifié par liste de contrôle Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research	Souhaitent que soins s'abstiennent d'hétéronormativité, s'engagent avec elles sans préjugés. Souhait que les environnements de soins soient améliorés, acceptation ouverte des minorités sexuelles.
Paradigme	Critère(s) d'inclusion	2) Quels sont les souhaits des femmes lesbiennes et bisexuelles en ce qui concerne leurs futures rencontres dans le cadre des soins de santé ?	Femmes lesbiennes et bisexuelles ont des besoins non satisfaits en matière de santé. Nombreuses études ont montré que soins de santé sont hétéronormatifs :	Consentement éclairé donné, respect anonymat	Saturation données mentionnées	
Naturaliste / interprétatif	S'identifier comme lesbiennes ou bisexuelles		l'impression de ne pas être les bienvenues, pas écoutées. Besoin d'un langage inclusif, informations adaptées pour se sentir en sécurité.	Approbation éthique comité de la région de Tampere.	Triangulation des chercheurs	Conclusions
	Être âgées de minimum 18 ans					Hétéronormativité = obstacle aux soins de santé holistiques
	Critère(s) d'exclusion					Limites de l'étude
	-					Quantité minimale d'informations fournies, pas d'infos sur années, détails établissements de soins (manque de transférabilité) Pas expériences femmes asexuelles et pansexuelles.

Tzur-Peled, S., Sarid, O., & Kushnir, T. (2019). Nurses' perceptions of their relationships and communication with lesbian women seeking perinatal care. *Journal of Clinical Nursing*, 28(17-18). <https://doi.org/10.1111/jocn.14904>

Design	Échantillon	But(s), objectif(s)	Cadre de référence	Méthode(s) de collecte des données	Méthodes d'analyse	Résultats
<p>Quantitatif</p> <p>Niveau de preuve 4 (étude transversale)</p> <p>Paradigme Positiviste / post-positiviste</p>	<p>n = 270 infirmières en Israël, mais 184 ont rempli questionnaire</p> <p>Âge moyen = 44,6 ans et expérience moyenne en soins de santé = 19 ans</p> <p>Échantillonnage Non probabiliste de commodité</p> <p>Critère(s) d'inclusion Infirmières qualifiées pour fournir soins aux femmes dans Health Maintenance Organizations en Israël</p> <p>Critère(s) d'exclusion Méconnaissance de l'hébreu, travail dans centre de santé pour femme depuis moins d'1 an</p>	<p>Examiner si éval des inf de leurs relations et communication avec femmes lesbiennes en soins périnataux est associée à caractéristiques perso, pro et à leurs connaissances de l'homosexualité</p> <p>(Fait partie étude + large menée sur qualité soins périnataux aux femmes lesbiennes)</p> <p>Hypothèse(s) H1 : caractéristiques perso et pro des infirmières sont liées à leur éval de leurs relations et comm avec patientes lesbiennes H2 : corrélation positive entre niveau connaissances homosexualité et éval de leur relation et comm</p> <p>Variables VI : caractéristiques perso et pro, niveau de connaissances sur l'homosexualité VD : évaluation de leur relation et communication avec femmes lesbiennes</p>	<p>Augmentation de l'homoparentalité. Infirmier-es dispensent soins aux femmes lesbiennes, planification grossesse à accouchement. Bien que attitudes envers homosexualité aient évolué, discrimination encore présente. Raisons sont hétérosexisme organisationnel, discrimination, intolérance et jugement moral des soignant-es.</p> <p>Théorie de l'identité sociale : tire définition de soi des groupes sociaux auxquels on appartient. Permet création hiérarchie sociale. Interactions sociales, groupe dominant voudra garder sa place.</p>	<p>Décembre 2015 – avril 2016 dans centres de santé pour femmes Israël, volontaire questionnaires d'auto-évaluation. Recherche transversale, liste de contrôle de Squire.</p> <p>3 questionnaires : 1) Connaissance femmes lesbiennes (6 items échelle Likert : si déjà travaillé avec patientes lesbiennes, capacité à traiter femmes lesbiennes) pas d'α mentionné 2) Connaissances factuelles sur homosexualité $\alpha=0,70$ 3) Eval relation infirmière/patiente et communication (6 thèmes : dominance, formalité, exposition, disponibilité, confinement, égalitarisme) $\alpha=0,90$</p> <p>Éthique Approuvé par comité éthique IRB-Helsinki Objectifs expliqués, consentement recueilli anonymat garanti, pouvaient se retirer</p>	<p>Données analysées à l'aide de liste de contrôle de SQUIRE</p> <p>H1 : ANOVA à sens unique, analyse de régression linéaire et t tests H2 : analyse de régression linéaire</p> <p>Pas de conflit d'intérêts déclaré</p> <p>Financements divers</p>	<p>73,4% inf connaissaient déjà des patientes lesbiennes. 17,9% inf avaient eu formation sur besoins spécifiques femmes lesbiennes. 66,7% inf pensent avoir assez outils professionnels. 60,4% inf ignoraient importance de connaître orientation sexuelle du patient.</p> <p>Score connaissances factuelles homosexualité 10,4 sur échelle de 0 à 17 = niveau modéré</p> <p>Corrélation positive entre connaissances des inf et leur éval de leur relation et communication</p> <p>Conclusions Connaissances des inf sur l'homosexualité et leur caractéristiques personnelles et professionnelles sont associées à leur éval de leur relation et communication avec femmes lesbiennes</p> <p>Limites de l'étude Inclue pas point de vue patientes. Orientation sexuelle des inf pas mentionnée. Variables subjectives</p>

Kerppola, J., Halme, N., Perälä, M.-L., & Maija-Pietilä, A. (2019). Parental empowerment—Lesbian, gay, bisexual, trans or queer parents' perceptions of maternity and child healthcare. *International Journal of Nursing Practice*, 25(5). <https://doi.org/10.1111/ijn.12755>

Design	Échantillon	But(s), objectif(s)	Cadre de référence	Méthode(s) de collecte des données	Méthodes d'analyse	Résultats
Qualitatif	22 parents (femmes lesbiennes, hommes gay, un parent transgenre et 2 non binaires)	Décrire l'autonomisation des parents LGBTQ dans les soins de santé maternelle en Finlande	L'autonomisation des parents = aspect essentiel des soins de santé maternelle et infantile. Autonomisation = processus collaboratif d'accès aux connaissances/compétences permet aux familles d'exercer contrôle positif. Promouvoir participation des personnes/communauté pour améliorer qualité de vie. État psychologique relié au concept d'auto-efficacité des parents, associé au bien-être et cohésion familiale.	Juillet-septembre 2016 Publicité sur internet + intermédiaire de 2 ONG (SETA et Rainbow families) défenses droits homme personnes LGBTQIA+ Entretiens téléphoniques (14) ou réunions (8)	Retranscription mot à mot des enregistrements Analyse de contenu inductive Données organisées en catégories et codées Triangulation des chercheurs (auteur principal + superviseurs) Ne mentionnent pas saturation des données	1)Reconnaissance être traité comme parent indépendamment lien biologique 2) Coopération, respecter autonomie des parents, soutenir participation 3)Équité des soins, connaissances des professionnels des besoins familles LGBT Conclusions Autonomisation = sentiment parents reconnus en tant que parents. reconnaissance nécessite éducation et structure. Langage des professionnels = élément clé promouvoir sentiments positifs Limites de l'étude Limité personnes accès internet et connectées ONG (biais volontariat), 22 participants pas forcément représentatif tous parents LGBT, biais sélection (exclusion volontaire familles + vulnérables) Saturation des données pas mentionnée
Niveau de preuve 4	Échantillonnage Non probabiliste, publicité internet intermédiaire ONG droits des LGBTQIA+ Participation volontaire	Question(s) de recherche - Hypothèse(s) -	Mais connaissances sur perceptions des parents LGBTQ+ en matière d'autonomisation restent encore insuffisantes. En Finlande, soins de santé maternelle et infantile = partie des soins préventifs système national et financés par État. Soutenir parents pour offrir éducation sûre et centrée sur enfants (cours gratuits)	Éthique Approbation éthique du comité éthique de la recherche de l'Université de Finlande orientale. Consentement volontaire, éclairé et écrit, expliqué les objectifs, anonymat garanti		
Paradigme Naturaliste / interprétatif	Critère(s) d'inclusion Parents s'identifiant comme LGBT, âgés d'au moins 18 ans, parents biologiques et non biologiques, expérience de la maternité ou soins de santé aux enfants Critère(s) d'exclusion -					

Howat, A., Masterson, C., & Darwin, Z. (2023). Non-birthing mothers' experiences of perinatal anxiety and depression : Understanding the perspectives of the non-birthing mothers in female same-sex parented families. *Midwifery*, 120, 103650.
<https://doi.org/10.1016/j.midw.2023.103650>

Design	Échantillon	But(s), objectif(s)	Cadre de référence	Méthode(s) de collecte des données	Méthodes d'analyse	Résultats
<p>Qualitatif</p> <p>Niveau de preuve</p> <p>4</p> <p>Paradigme</p> <p>Naturaliste / interprétatif</p>	<p>7 femmes s'identifiant comme lesbiennes ou bisexuelles</p> <p>Échantillonnage</p> <p>Non probabiliste, recrutés sur réseaux sociaux ou asso LGBTQIA+</p> <p>Critère(s) d'inclusion</p> <p>Mère qui n'accouche pas dans une relation même sexe avec autre femme, partenaire enceinte ou accouché 5 dernières années (peu importe laquelle est reliée biologiquement à l'enfant), avoir ressenti ou été diagnostiquée avec anxiété et/ou dépression durant période périnatale</p> <p>Critère(s) d'exclusion</p> <p>Si partenaire a accouché il y a plus de 5 ans</p> <p>Si perte (mortinaissance ou décès néonatal)</p>	<p>Examiner expériences de dépression et anxiété périnatales des mères qui n'accouchent pas dans familles homoparentales</p> <p>Question(s) de recherche</p> <p>-</p> <p>Hypothèse(s)</p> <p>-</p> <p>Variables</p> <p>-</p>	<p>Données internationales : 1 mère sur 5 affectées santé mentale périnatale dans pays occidentaux, taux encore + élevés dans pays faibles ressources</p> <p>Politiques et pratiques centrées sur la mère qui accouche, père ou surtout autre mère dans relations homo invisibles</p> <p>Malgré augmentation taux de natalité dans familles LGBTQIA+ et augmentation difficultés santé mentale périnatale : manque de recherches sur le sujet</p>	<p>Entretiens semi-structurés (1 en face à face, 4 appels vidéo, 2 entretiens téléphoniques) tous enregistrés et ont duré environ 60 min</p> <p>Pas mentionné la durée temporelle de la collecte de données</p> <p>Éthique</p> <p>Approbation éthique par comité de recherche éthique universitaire de Leeds</p> <p>Consentement éclairé des participantes</p> <p>Infos identifiables supprimées et pseudonymes pour protéger anonymat</p>	<p>Analyse phénoménologique interprétative (expériences et création de sens)</p> <p>Chercheuses guidées par critères d'éval de qualité de la recherche qualitative, triangulation chercheurs et journal réflexif</p> <p>Saturation des données pas mentionnée</p>	<p>Manque d'inclusion, de reconnaissance et sécurité par professionnels. Soins hétéronormatifs/hétérosexisme structurel. Difficulté à s'adapter à nouvelle identité parentale, incertitude du rôle par manque de modèle. Changements dans relation de couple et liens parentaux, sentiment d'échec. Mère qui accouche = priorité pour soutien santé mentale, senties négligées</p> <p>Conclusions</p> <p>Résultats cohérents littérature : santé mentale concentrée sur mère qui accouche. Résultats amplifiés pour LGBTQIA+ : absence rôle défini, stigmatisation, exclusion, syst santé hétéronormatifs</p> <p>Limites de l'étude</p> <p>Oubli d'avoir établi identité de genre des participant-es, diversité échantillon limitée, biais transférabilité possible</p>

Topper, P. S., Bauermeister, J. A., & Golinkoff, J. (2022). Fertility health information seeking among sexual minority women. *Fertility and Sterility*, 117(2), 399-407. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2021.09.023>

Design	Échantillon	But(s), objectif(s)	Cadre de référence	Méthode(s) de collecte des données	Méthodes d'analyse	Résultats
Qualitatif	20 lesbiennes, bisexuelles et queer : 10 couples cis femmes de même sexe (10 partenaires gestationnelles et 10 non gestationnelles)	Explorer et décrire les expériences de recherche d'informations sur la fertilité des couples de femmes appartenant à une minorité sexuelle et ayant recours à procréation assistée	Recherche d'informations sur la santé = important Accès à infos utiles et correctes sur PMA fait partie de la prise de décisions éclairées en matière de fertilité.	Entretiens individuels approfondis ou entretiens dyadiques couples menés sur plateforme de vidéoconférence sécurisée, 3 séries d'entretiens par couple (biais rééchantillonnage)	Enregistrements audio retranscrits et vérifiés. Analyse thématique de Braun et Clarke, triangulation chercheurs Multiples cycles de codage et collaboration entre codeurs : suffisance théorique et saturation théorique : saturation des données atteinte	1)incertitude et manque infos sur manière dont couple homo peut avoir recours PMA 2) Infos recueillies formelles et informelles, variant de fiables à peu fiables et d'exactes à inexactes 3) Communication hétéronormative, infos concentrées sur couples hétéros infertiles et pas sur besoins des couples de femmes homo
Niveau de preuve 4	Échantillonnage Non probabiliste échantillon de commodité ciblé partagés réseaux de pairs et pub sur internet	Question(s) de recherche Comment les femmes mariées recherchent-elles des informations sur la fertilité lorsqu'elles essayent de concevoir un enfant ?	Plupart des infos disponibles sur techniques de PMA concernent couples cis genre hétéro homme/femme infertiles. Couples de femmes homo : manquent d'accès à informations fiables. Manque d'infos et besoins psychosociaux femmes lesbiennes appartenant à minorité sexuelle peut les empêcher de s'orienter de manière efficace dans parcours PMA. Nuire à prise de décisions éclairées.	Données recueillies proximité temporelle de tentatives PMA : réduire biais de mémorisation		Conclusions Changements dans hypothèses concernant personnes qui recherchent PMA + amélioration communication sur santé liée à fertilité peuvent aboutir à des soins + inclusifs
Paradigme Naturaliste / interprétatif	Critère(s) d'inclusion Assignées femmes à la naissance, s'identifier comme femmes. 18 ans minimum, anglophones. S'identifier lesbienne, bisexuelle, queer ou identité non hétérosexuelle. Engagées dans relation homosexuelle. Résider aux USA. Essayé insémination ou autres interventions PMA 6 mois avant l'étude	Hypothèse(s) - Variables -		Éthique Approuvé par Institutionnal Review Board de l'université de Pennsylvanie		Limites de l'étude Possibles biais échantillonnage (convenance, volontariat, rééchantillonnage)Échantillon relativement homogène malgré efforts pour atteindre groupes divers. Prendre + en compte personnes identités raciales diverses, multiples et intersectionnelles
	Critère(s) d'exclusion Si 1 membre du couple pas disposé, expérience + de 6 mois PMA ou recours à l'avenir					

Dahl, B., & Malterud, K. (2015). Neither father nor biological mother. A qualitative study about lesbian co-mothers' maternity care experiences. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 6(3), 169-173. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2015.02.002>

Design	Échantillon	But(s), objectif(s)	Cadre de référence	Méthode(s) de collecte des données	Méthodes d'analyse	Résultats
<p>Qualitatif</p> <p>Niveau de preuve 4</p> <p>Paradigme Naturaliste / interprétatif</p>	<p>11 femmes, se définissant comme lesbiennes âgées de 30 à 52 ans</p> <p>Échantillonnage</p> <p>De commodité, recrutées par intermédiaire du site internet de l'organisation norvégienne LGBT+ et sur un groupe Facebook pour parents homosexuels</p> <p>Pas de précisions sur la durée d'échantillonnage</p> <p>Critère(s) d'inclusion</p> <p>(Pas mentionnés explicitement) Vivre en relation avec autre femme enceinte après insémination par donneur, vivre en Norvège</p> <p>Critère(s) d'exclusion</p> <p>Pas mentionnés</p>	<p>Décrire et examiner les expériences des co-mères lesbiennes en ce qui concerne les soins de maternité, ainsi que leurs implications en vue de la rencontre avec les soignant-es</p> <p>Question(s) de recherche</p> <p>-</p>	<p>Hétéronormativité dans les soins de maternité encore présente malgré avancements et améliorations juridiques pour la procréation médicalement assistée.</p> <p>Concept de citoyenneté intime : domaines de la vie qui sont personnels, mais en fait reliés à sphère publique, structurés et règlementés.</p> <p>Conception des interactions sociales comme citoyenneté intime met en avant émergence groupes et identités intimes, avec importance de leurs droits, responsabilités et surtout besoin de reconnaissance.</p> <p>Peu d'études sur expériences des co-mères. Nécessité de prendre en compte couple et famille globale pour soins maternels de qualité.</p>	<p>Entretiens individuels, pas précisé la méthode (en face, appel, vidéo) d'environ 40 à 80 minutes</p> <p>Enregistrés et retranscrits mot à mot</p> <p>Saturation des données pas mentionnée</p> <p>Éthique</p> <p>Approuvé par le Service norvégien de données en sciences sociales</p> <p>Pas de précision concernant le consentement ou l'anonymat</p>	<p>Condensation systémique du texte, analyse en 4 étapes (lecture globale, impression générale, identification et codage des données importantes, résumé et condensation du contenu, généralisation des concepts)</p> <p>Triangulation des chercheurs</p> <p>Financé par Asso norvégienne pour santé publique femmes, pas de conflit d'intérêts déclaré</p>	<p>3 catégories : petites améliorations quotidiennes (reconnaissance, gestes, mots) peuvent faire différence pour co-mères se sentent incluses, difficultés liées à identité parentale (ni père, ni mère biologique), mais facilité à comprendre expérience de partenaire en tant que 2 femmes, termes pour s'identifier en tant que co-mère ainsi que la nécessité de redéfinir concept famille nucléaire traditionnelle, sentiment d'invisibilité formulaires hétéronormés</p> <p>Conclusions</p> <p>Reconnaissance dans les soins + la société, signes quotidiens de reconnaissance par soignant-es peuvent améliorer ressenti co-mères</p> <p>Limites de l'étude</p> <p>Biais échantillonnage (manque représentation femmes non occidentales et rurales, influence participantes par recrutement réseau parents LGBT+)</p>

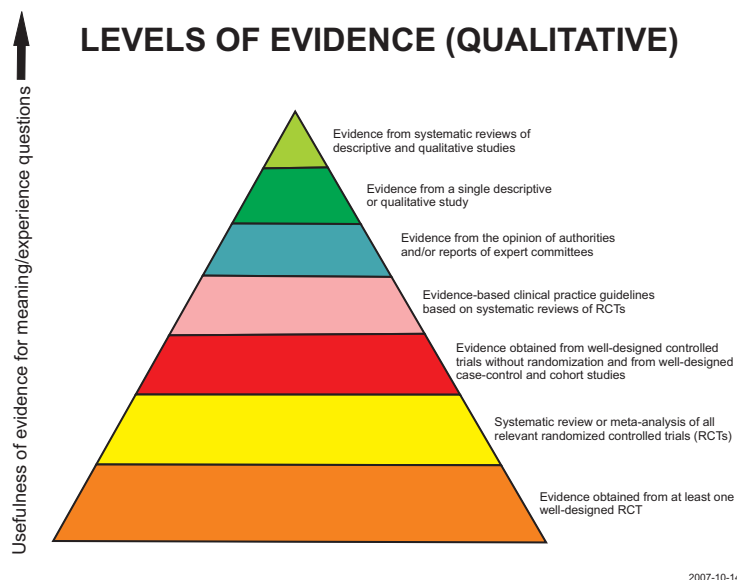
Annexe III : Pyramides des preuves

Figure 2 : Grade des recommandations

Grade des recommandations	Niveau de preuve scientifique fourni par la littérature
A Preuve scientifique établie	Niveau 1 - essais comparatifs randomisés de forte puissance ; - méta-analyse d'essais comparatifs randomisés ; - analyse de décision fondée sur des études bien menées.
B Présomption scientifique	Niveau 2 - essais comparatifs randomisés de faible puissance ; - études comparatives non randomisées bien menées ; - études de cohortes.
C Faible niveau de preuve scientifique	Niveau 3 - études cas-témoins.
	Niveau 4 - études comparatives comportant des biais importants ; - études rétrospectives ; - séries de cas ; - études épidémiologiques descriptives (transversale, longitudinale).

(Haute Autorité de Santé, 2013)

Figure 3 : Niveaux d'évidence qualitatif



(Levels of evidence (qualitative), 2007)

Annexe V : Glossaires

Glossaire méthodologique (*)

Les termes définis dans ce glossaire méthodologique sont principalement tirés de l'ouvrage de Fortin et Gagnon (Fortin & Gagnon, 2010).

α de Cronbach : coefficient statistique utilisé pour mesurer la cohérence interne, la fiabilité d'un instrument de mesure, d'un questionnaire. Sa valeur est inférieure ou égale à 1, il est considéré comme « acceptable » à partir de 0,7 (p.411).

Analyse inductive : méthode d'analyse scientifique qui part d'un fait (avec des données brutes, réelles et observables) pour expliquer un phénomène (Blais & Martineau, 2006).

Analyse phénoménologique : méthode d'analyse qualitative qui vise à saisir et à clarifier la signification, la structure et l'essence d'un phénomène en ayant une réflexion continue et en comparant les données émergentes avec celles existantes (p.468,470).

Analyse régression linéaire : technique d'analyse de données qui prédit la valeur de données inconnues en utilisant une autre valeur de données apparentée et connue (DATAtab, 2024b).

Analyse thématique : méthode d'analyse qualitative qui consiste à analyser/repérer les modèles de thèmes sous-jacents dans les données afin de comprendre la signification du discours (Paillé & Mucchielli, 2016).

ANOVA (analyse de la variance) : test statistique paramétrique* destiné à déterminer les différences entre 3 groupes ou plus en comparant la variation intragroupe et intergroupe (valeur F) (p.523,524).

Bases de données : système organisé permettant de repérer des références à des documents, le plus souvent des articles de périodiques (p.141).

Biais : toute influence ou action pouvant fausser les résultats d'une étude (Institut de recherche et de documentation pédagogique, 2022).

Cadre théorique : structure qui traduit une perspective et qui s'appuie sur celle-ci pour cerner les phénomènes et préciser les relations anticipées entre les différents concepts (p.175).

CINHAL : base de données qui répertorie des périodiques traitant des sciences infirmières et des sciences connexes de la santé (p.142).

Critères de sélection : listes des caractéristiques essentielles pour faire partie de la population cible. Les critères de sélection incluent les critères d'inclusion et les critères d'exclusion (p.226).

Concept : terme utilisé pour décrire un phénomène ou un ensemble de phénomènes, dépendant du contexte, il peut être concret ou abstrait (p.39).

Condensation systématique : méthode utilisée en recherche qualitative pour analyser et synthétiser les données recueillies, en réduisant et en regroupant les informations pertinentes sous forme de catégories ou de thèmes, afin de trouver des schémas récurrents ou des concepts clés (Chanson, 2019).

Conflit d'intérêts : lorsque les décisions et les actions d'une personne peuvent être influencées par l'existence d'intérêts multiples et contradictoires. Plus spécifiquement, un conflit d'intérêts réfère à des situations ou à des considérations créant pour une personne visée par la présente politique un conflit réel, apparent ou potentiel entre ses intérêts ou avantages personnels, professionnels ou financiers (Collège Rosemont, 2016).

Corrélation : mesure d'association entre deux variables, dont la valeur se situe entre -1,00 et +1,00 (p.501).

Devis de recherche : plan d'ensemble qui permet de répondre aux questions de recherche ou de vérifier des hypothèses et qui, dans certains cas, définit des mécanismes de contrôle ayant pour objet de minimiser les risques d'erreur (p.250).

Disciplinaire : qui se rapporte à une discipline (ici infirmière) (Darbellay & Paulsen, 2008).

Échantillon : sous-groupe d'une population choisie pour participer à une étude (p.226).

Échantillon de commodité/convenance : méthode d'échantillonnage non-probabiliste qui consiste à choisir les participant-es volontaires et en fonction de leur disponibilité (p.234).

Échantillon non-probabiliste : choix d'un échantillon sans recourir à une sélection aléatoire (p.234).

Échantillonnage : processus au cours duquel on sélectionne un groupe de personnes ou une portion de la population pour représenter la population cible (p.224).

Échelle de Likert : échelle d'attitude constituée d'une série d'énoncés déclaratifs pour lesquels le répondant exprime son degré d'accord ou de désaccord (p.439).

EMBASE : base de données complète sur la recherche biomédicale (p.142).

Entretien semi-dirigé : méthode de collecte de données en recherche qualitative, interaction verbale animée par le/la chercheur-e à partir d'une liste de thèmes qu'il/elle souhaite aborder avec le/la participant-e (p.428).

Étude primaire : description d'une recherche originale rédigée par l'auteur lui-même (p.138).

Étude transversale : étude dans laquelle les données sont recueillies à un moment précis dans le temps en vue de décrire la fréquence d'apparition d'un événement et de ses facteurs associés (p.302).

Hypothèse : énoncé de relations anticipées entre des variables, elle établit un lien d'association ou de causalité entre des variables et fait l'objet d'une vérification empirique (p.44).

Interdisciplinaire : approche de recherche qui intègre des perspectives, des méthodes et des concepts provenant de différentes disciplines académiques ou professionnelles. Plutôt que de se limiter à une seule discipline, une étude interdisciplinaire implique une collaboration entre des chercheurs ou des praticiens de divers domaines pour aborder un problème complexe sous plusieurs angles (Darbellay & Paulsen, 2008).

Liste contrôle de Squire : outil utilisé dans le domaine de l'amélioration de la qualité en santé, elle fournit des directives pour le reporting des études sur l'amélioration de la qualité dans les publications académiques et vise à améliorer la transparence, la clarté et la qualité des rapports d'études dans ce domaine, ce qui facilite la reproduction des résultats et l'évaluation de la validité des interventions d'amélioration de la qualité (Gedda, 2015).

Méta-analyse : démarche statistique utilisée pour synthétiser les résultats de plusieurs études quantitatives abordant le même phénomène, sert à estimer avec précision l'importance de l'effet d'une intervention en rassemblant toutes les informations issues d'études indépendantes (p.137).

Méta-synthèse : démarche rigoureuse qui englobe les résultats d'une série d'études qualitatives afin d'accroître la transférabilité des résultats vers la pratique (Davies & Logan, 2020).

Opérateurs booléens : termes (ET, OU, SAUF) qui servent à unir des mots clés dans un repérage documentaire (p.149).

Paradigme : conception du monde, système de représentation de valeurs et de normes qui impriment une direction particulière à la pensée et à l'action (p.24).

Processus de codage : processus utilisé en recherche qualitative par lequel les données brutes (entretiens, observations, documents) sont transformées systématiquement et agrégées dans des unités qui permettent une description précise des caractéristiques pertinentes du contenu, peut être effectué de manière manuelle ou à l'aide de logiciels d'analyse qualitative (Bardin, 2013).

PUBMED (Medline) : base de données internationale en science de la santé (p.142).

Recherche qualitative : recherche qui met l'accent sur la compréhension, et qui repose sur l'interprétation des phénomènes à partir des significations fournies par les participant-es (p.30).

Recherche qualitative inductive : approche de recueil de données sans hypothèses ou cadres théoriques préétablis, adoptant une démarche exploratoire, en se concentrant sur la collecte de données brutes et en les analysant pour identifier des thèmes, des schémas ou des concepts émergents, permet l'ouverture à de nouvelles idées et la découverte de perspectives inattendues permettant la compréhension d'un phénomène étudié, est souvent utilisée lorsque le domaine d'étude est peu exploré ou que peu d'informations préalables sont disponibles, permettant ainsi une exploration approfondie et nuancée du sujet (Université du Québec, 2024).

Recherche quantitative : recherche qui met l'accent sur la description, l'explication et la prédiction, et qui repose sur la mesure des phénomènes et l'analyse de données numériques (p.29).

Revue de la littérature : analyse des publications existantes sur un sujet donné, elle vise à résumer, évaluer et intégrer les recherches précédentes pour fournir une vue d'ensemble du sujet (Université de Montréal, 2024).

Revue systématique : sommaire des preuves sur un sujet précis effectué par des experts qui utilisent un processus rigoureux et méthodique pour évaluer et synthétiser les études ayant examiné une même question et pour tirer des conclusions (p.137).

Saturation des données : critère important pour déterminer la fin de la collecte de données dans une étude qualitative, indique que la compréhension du sujet est complète et que l'ajout de données supplémentaires ne serait pas susceptible d'apporter de nouvelles perspectives ou de nouvelles informations significatives (Mucchielli, 2009).

Test pilote : stratégie qui permet de vérifier/tester la conception, les procédures et les instruments de l'étude à petite échelle avant de mener l'étude principale (Brooks & Stratford, 2009).

Tests statistiques paramétriques : procédé statistique servant à faire l'estimation des paramètres de la population et à vérifier des hypothèses en tenant compte de 3 postulats : les variables mesurées doivent être normalement distribuées dans la population, l'échantillon doit être issu d'une population dont la variance peut être calculée et les variables doivent être d'intervalle ou de proportion (p.521).

Thésaurus : répertoire structuré de termes, mots et expressions utilisés pour indexer des documents (LeRobert, 2024h).

Triangulation : méthode de vérification des données utilisant plusieurs sources d'information et plusieurs méthodes de collecte de données (p.31).

Transférabilité : critère servant à évaluer l'application éventuelle des conclusions issues d'études qualitatives à d'autres contextes ou groupes, elle s'apparente à la généralisation (p.285).

T-tests : test paramétrique servant à déterminer la manière d'évoluer d'une variable continue dans 2 groupes indépendants (échantillon indépendant) ou pour étudier le comportement d'une variable continue qui a été évaluée à 2 occasions auprès d'un même groupe de personnes (échantillon dépendant) (p.522,523).

Valeur p : mesure statistique utilisée pour déterminer la probabilité que les différences ou les associations observées entre les groupes ou les variables ne soient pas dues au hasard. Une valeur p faible (généralement inférieure à 0,05) indique une faible probabilité que les résultats soient dus au hasard, en revanche, une valeur p élevée suggère que les résultats pourraient être attribuables au hasard (DATAtab, 2024a).

Validité externe : mesure dans laquelle les résultats de l'étude peuvent être appliqués ou généralisés à d'autres populations ou contextes (p.284).

Variable dépendante : variable censée dépendre d'une autre variable (celle indépendante) ou être causée par celle-ci (p.41).

Variable indépendante : variable qui peut expliquer la variable dépendante ; elle peut aussi influencer sur cette dernière (p.40).

Glossaire général (*)

La plupart des termes de ce glossaire sont définis par le manuel d'anatomie et de physiologie humaine de Marieb et Hoehn (Marieb & Hoehn, 2019).

Advocacy : vient du latin « advocare » qui signifie « plaider en faveur de, soutenir », concept clé en sciences infirmières qui consiste à prendre en compte les souhaits, les droits et les besoins des patient-es, de veiller à les respecter et à les faire respecter par les autres professionnel-les de santé. L'infirmier-e est le/la porte-parole du/de la patient-e dans le cas où il/elle rencontre des difficultés pour s'auto-défendre (Debout, 2009).

Anesthésie générale : technique médicale qui engendre des modifications de l'état de conscience, de la sensation de douleur, de la respiration et du tonus musculaire afin de réaliser un acte chirurgical, obstétrical ou médical, administrée par voie veineuse et/ou inhalatrice qui provoque un sommeil artificiel (CHUV, 2023b).

Autodétermination : action de décider par soi-même, concept qui consiste au droit de chaque être humain de prendre des décisions sur sa vie et sans influence externe induite (Unapei, 2024).

Autonomisation : processus de se rendre autonome, d'acquérir de la maîtrise, d'acquérir son autonomie (LeRobert, 2024a).

Cycle menstruel : série de modifications cycliques subies par l'endomètre chaque mois en réponse aux variations des concentrations sanguines des hormones ovariennes, il est constitué de 3 phases : la phase menstruelle (desquamation de tout l'endomètre qui provoque des saignements), la phase proliférative (reconstruction de l'endomètre) et la phase sécrétoire (l'endomètre se prépare à l'implantation d'un embryon) (p.1243,1244).

Déontologie : ensemble des règles et des devoirs régissant une profession (LeRobert, 2024b).

Droits sexuels : droit à la santé sexuelle, droit d'utilisation des services de soins, d'accès à l'information pour garantir une prise de décisions éclairées et autonomes, de conseils et de prises en charge neutres sans discrimination aucune (Santé Sexuelle Suisse, 2024).

Échographie vaginale : technique d'imagerie médicale qui consiste, par l'intermédiaire d'une sonde échographique placée dans le vagin, à explorer l'utérus et les ovaires (Centre médical de fertilité, 2024).

Embryon : organisme en voie de développement, débute à la fécondation et stade embryonnaire de 8 semaines (10 semaines d'aménorrhée) avant d'être un fœtus (p.1260).

Empowerment : racine « power » qui signifie « pouvoir » peut également être associée au concept « d'autodétermination », dans les soins concept qui consiste à donner aux patientes le contrôle sur leur propre santé (Fayn et al., 2017).

Endomètre : paroi/tunique muqueuse de la cavité utérine, quand il y a fécondation l'embryon s'y implante et reste durant son développement (p.1229).

Famille nucléaire : structure/cellule familiale composée du couple (principalement un père et une mère cisgenres et hétérosexuel-les) et des enfants, en biologie relative au noyau de la cellule (LeRobert, 2024e).

Fécondation : pénétration de l'ovocyte par le spermatozoïde, lorsque les chromosomes maternels et paternels se combinent et forment la première cellule d'une nouvelle personne (le zygote) (p.1264).

Fécondation in vitro : technique de procréation médicalement assistée qui consiste à prélever les ovocytes féminins et à les féconder en laboratoire avec les spermatozoïdes. Les embryons résultant de la fécondation sont par la suite transférés dans l'utérus (Coulon et al., 2017).

Féminisme : courant de pensée, ensemble de mouvements politiques, sociaux et culturels préconisant l'égalité entre les femmes et les hommes et l'extension du rôle de la femme dans la société (LeRobert, 2024c).

Fœtus : nom donné au produit de la conception entre la 9^e semaine et la naissance, période foetale (p.1260).

Follicules (ovariens) : sacs remplis de liquide dans l'ovaire qui contiennent un ovule qui n'est pas encore arrivé à maturité (p.1235).

Hétéronormativité : idéologie selon laquelle l'hétérosexualité est l'unique orientation sexuelle et la favorise comparé au déni de l'homosexualité et des autres orientations (Fidolini, 2019).

Hétérosexisme : structure sociale, pratique culturelle qui incite l'exclusion sociale des homosexuel-les, système de comportements, de représentations et de discriminations. Le système hétérosexiste promeut des préjugés et une communication hétéronormée (SOS homophobie, 2024 ; Fish, 2006).

Homophobie : attitudes négatives notamment le rejet, la haine et la discrimination envers les personnes homosexuelles (Fraïssé & Barrientos, 2016).

Homophobie intériorisée : lorsqu'une personne homosexuelle rejette sa propre orientation sexuelle, sentiments négatifs (honte, culpabilité, colère), tentatives d'ignorer ou de refouler son orientation sexuelle qui peut se traduire par de l'agressivité envers soi-même ou envers les autres personnes LGBTQ+ (SOS homophobie, 2024b).

Insémination artificielle : acte médical rapide et non invasif qui consiste à placer les spermatozoïdes directement dans l'utérus lors de l'ovulation au moyen d'un cathéter (Coulon et al., 2017).

Juif-ves ashkénazes (origine européenne) : groupe ethnique juif dont les origines remontent principalement à l'Europe centrale et orientale. Le terme "ashkénaze" dérive du mot hébreu "Ashkenaz", qui désignait initialement une région ou un peuple situé au nord de l'ancienne Babylonie. Historiquement, les Juif-ves ashkénazes ont vécu dans des régions telles que l'Allemagne, la Pologne, la Russie, et d'autres pays d'Europe de l'Est. Ils/elles ont développé une culture distincte, comprenant des pratiques religieuses, des traditions culinaires, des coutumes et des dialectes spécifiques de la langue yiddish. Ils/elles ont également fait face à des périodes de persécutions et de discriminations tout au long de leur histoire en Europe (GEO, 2022).

Juif-ves séfarades (origine islamique) : groupe ethnique juif dont les origines sont principalement en Espagne et au Portugal, ainsi que dans d'autres régions du bassin méditerranéen, notamment dans le monde arabo-musulman. Le terme "séfarade" dérive du mot hébreu "Sefarad", qui faisait référence à l'Espagne médiévale. Ils/elles ont prospéré en

Espagne pendant plusieurs siècles avant l'expulsion en 1492, menant à leur dispersion dans d'autres parties du monde, notamment en Afrique du Nord, au Moyen-Orient, et plus tard en Amérique du Sud. Ils/elles ont également contribué de manière significative à la culture et à la société des pays où ils/elles se sont établi-es, tout en préservant leur identité distincte (GEO, 2022).

Laïque : qui est étranger à toute confession ou doctrine religieuse (Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales, 2012).

Misogynie : sentiment de mépris, d'hostilité voire de haine envers les femmes et tout ce qui rapporte au sexe féminin (LeRobert, 2024d).

Mortinaissance : décès du bébé avant ou au cours de l'accouchement (Organisation mondiale de la santé, 2024).

Ovaires : glande génitale femelle qui produit les ovules et les hormones sexuelles (p.1225).

Ovocyte : cellule reproductrice/gamète féminine stockée dans les ovaires et capable d'être fécondée par un gamète masculin (spermatozoïde) pour obtenir un embryon (p.1226).

Ovulation : libération d'un ovocyte par l'ovaire, processus qui se produit généralement une fois par cycle menstruel (p.1240).

Patriarcat : modèle d'organisation sociale dans lequel le pouvoir et l'autorité sont dirigés par les hommes, à l'origine sociologique forme familiale fondée sur la parenté par les mâles et l'autorité du patriarche (père) adulte hétérosexuel sur le corps et la vie des autres membres de la famille (femme et enfants) (Le Robert, 2024 ; Femmes de droit, 2018) .

Périnatalité : période qui précède et qui suit la naissance (LeRobert, 2024f).

Procréation médicalement assistée : procédés médicaux pour parvenir à une grossesse sans rapport sexuel pour les couples hétérosexuels souffrant de problématiques de fertilité ou pour les couples de femmes lesbiennes qui souhaitent avoir un enfant (Santé publique France, 2024).

Sexisme : attitude discriminatoire fondée sur le sexe (principalement discrimination à l'égard du sexe féminin) (LeRobert, 2024g).

Soins holistiques : du grec « holos » qui signifie « entier », principe fondamental de la discipline infirmière qui consiste à prendre en soin l'être humain dans sa globalité (bio-psycho-social-spirituel) et à le considérer comme un tout (Debout, 2012).

Spermatozoïde : cellule reproductrice/gamète mâle renfermé dans le sperme (p.1216,1221).

Stimulation ovarienne : étape de la procréation médicalement assistée qui consiste à stimuler les ovaires à l'aide de traitements hormonaux pour obtenir un nombre important et suffisant d'ovocytes matures (Coulon et al., 2017).

Stress minoritaire : sources de stress supplémentaire subies par les individus appartenant à une minorité que le groupe dominant ne connaît pas (Meyer, 2003b).

Théorie de l'identité sociale : théorie selon laquelle les individus tirent une partie de leur définition de soi des groupes sociaux et des catégories auxquels ils/elles appartiennent, valeur émotionnelle et influence dues à l'appartenance à un groupe social particulier et création d'une hiérarchie sociale (Tajfel & Turner, 1986).

Traitement antirétroviral : traitement médicamenteux utilisé pour traiter l'infection au VIH, il diminue la multiplication du virus dans l'organisme (Sidaction, 2024).

Transphobie : attitude de discrimination, d'hostilité voire de haine envers les personnes transgenres (LeRobert, 2024i).

Trompes (utérines, de Fallope) : sont l'un des constituants de l'appareil génital féminin, conduits qui relient les ovaires à l'utérus dans lesquels se produit la fécondation (p.1228).